



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

PROPUESTA DE MEJORA DE LA ASISTENCIA NO PRESENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SNS-O

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Estudiante: Elisabeth Pérez Fernández

Tutora: María Esther Ezquerro Rodríguez

Mayo, 2021

RESUMEN:

Introducción: El impacto de la pandemia sobre el Sistema Sanitario amenaza a la deshumanización de la asistencia sanitaria. La disminución de la presencialidad y el deber de ofrecer una asistencia sanitaria de calidad, supliendo las necesidades de los ciudadanos, conduce a buscar nuevas vías de atención.

El auge de la telemedicina y la oportunidad de conexión a través de las TIC se ofrece como solución.

Objetivos: Promover la teleconsulta mediante videollamada como método de humanización de la asistencia sanitaria no presencial en el SNS-O.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión narrativa de la literatura basada en la evidencia científica existente sobre el impacto de la Covid-19 en la Atención Primaria, así como de las ventajas y desventajas, aspectos legales y modelos de implementación de la asistencia telemática.

Resultados: La Atención Primaria es clave para lograr un Sistema Sanitario fuerte. La presión ejercida por la Covid-19 ha generado cambios en su organización. Además, propicia la implementación de la telemedicina debido a la disminución de las barreras y la aceptación de la población. Es legal y éticamente correcto su empleo siempre que se cumplan los criterios establecidos en las leyes y el código deontológico. Entre las diferentes modalidades de consultas no presenciales, las videoconsultas, ofrecen una mayor información y un trato más cercano.

Conclusión: La videoconsulta brinda la oportunidad de realizar el seguimiento de pacientes con cuidados paliativos y sus cuidadores desde Atención Primaria de un modo más cercano a pesar de la distancia.

Palabras clave: Humanización; Videoconsulta; Atención primaria; Covid-19; Cuidados paliativos

Número de palabras: 12.494 palabras.

ABSTRACT

Introduction: The impact of the pandemic on the healthcare system threatens to dehumanize healthcare. The decrease in face-to-face attendance and the duty to offer quality healthcare, meeting the needs of citizens, leads to the search for new ways of care.

The rise of telemedicine and the opportunity of connection through ICTs is offered as a solution.

Aim: Promote teleconsultation by video call as a method of humanizing non-face-to-face healthcare in the SNS-O.

Method: A narrative review of the literature based on the existing scientific evidence on the impact of Covid-19 in primary care, as well as the advantages and disadvantages, legal aspects and implementation models of telematic assistance, has been carried out.

Results: Primary Care is key to achieving a strong Health System. The pressure exerted by Covid-19 has generated changes in its organization. It also favors the implementation of telemedicine due to the reduction of barriers and the acceptance of the population. Its use is legal and ethically correct as long as it complies with the criteria established by law and the code of ethics. Among the different modalities of non-face-to-face consultations, videoconsultations offer more information and a closer treatment.

Conclusión: The videoconsultation provides the opportunity to follow palliative care patients and their caregivers from Primary Care in a closer way despite the distance.

Keywords: Humanization; Videoconsult; Primary Healthcare; Covid-19; Palliative Care.

Number of words: 12,494 words.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
Objetivo Principal:	5
Objetivos Secundarios:	5
3. MATERIALES Y MÉTODOS	6
3.1. Diseño del trabajo.....	6
3.2. Búsqueda bibliográfica	6
3.3. Diagrama de flujo de la búsqueda	9
3.4. Gestión de la bibliografía.....	9
4. RESULTADOS.....	10
4.1. Análisis del contexto actual de la Atención Primaria de Salud influenciado por la Pandemia.....	10
4.1.1. El papel de la Atención Primaria de Salud:.....	11
4.1.2. Situación de AP en España:	12
4.1.3. Situación de AP en Navarra:	13
4.1.4 Reorientación de la Atención Primaria de Salud a raíz de la pandemia por Covid-19.....	14
4.2. Barreras y beneficios de la asistencia telemática.....	15
4.3. Aspectos legales de la telemedicina	19
4.3.1. Consideraciones deontológicas y bioéticas.....	20
4.3.2. Intimidad y confidencialidad	21
4.3.3. Seguridad en la asistencia	22
4.4. Análisis de los diferentes modelos de implementación de las teleconsultas en AP.....	24
5. DISCUSIÓN	29
6. CONCLUSIONES.....	32
7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	33
7.1. Introducción y justificación	33
7.2. Identificación del grupo diana	35
7.3. Programación de las actividades de la intervención	36
7.3.1. Objetivos.....	36
7.3.2. Metodología	36
7.3.3. Estrategias de captación:.....	38
7.3.4. Desarrollo de las sesiones	38

7.3.5. Cronograma	44
7.3.6. Lugar	44
7.3.7. Agentes de salud y recursos	44
7.4. Evaluación.....	45
AGRADECIMIENTOS	47
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXO 1: RESULTADOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	53
ANEXO 2: AMENAZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA LA GESTIÓN SANITARIA	60
ANEXO 3: USO DE LAS TIC EN HOGARES	62
ANEXO 4: RECOMENDACIONES PARA LOS PROFESIONALES (M1)	63
ANEXO 5: PREGUNTAS ABIERTAS (M2)	64
ANEXO 6: TRÍPTICO (M3)	65
ANEXO 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO (M4)	66
ANEXO 8: HOJA DE OBSERVACIÓN (C1)	67
ANEXO 9: CUESTIONARIO DE VALORACIÓN (C2)	68
ANEXO 10: CUESTIONARIO DE VALORACIÓN PARA PROFESIONALES (C3)	69

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda.	8
Tabla 2. Ventajas e Inconvenientes de la asistencia telemática	15
Tabla 3. Comparativa entre modalidades de consulta no presencial	18
Tabla 4. Resumen de los aspectos legales de la Telemedicina	23
Tabla 5. Implementación de sistemas de teleconsultas en España	26
Tabla 6. Implementación de las teleconsultas en el ámbito privado.....	27
Tabla 7. Comparativa del número de consultas realizadas en el C.S. Ermitagaña, entre 2018 y 2020	35
Tabla 8. Desarrollo de la sesión 1	38
Tabla 9. Desarrollo de la sesión 2	40
Tabla 10. Desarrollo de la sesión 3	41
Tabla 11. Esquema del programa de implementación de videoconsultas	43
Tabla 12. Recursos necesarios para el desarrollo de la propuesta	44
Tabla 13. Indicadores de evaluación	45
Tabla 14. Resumen de la evaluación	46
Tabla 15. Resultados de la revisión bibliográfica	53

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1. Estrategia principal de búsqueda	7
Figura 2. Proceso de selección de artículos: diagrama de flujo PRISMA	9
Figura 3. La orientación de la AP	11
Figura 4. Los atributos de AP	11
Figura 5. Los pilares fundamentales de la Declaración de Astaná	12
Figura 6. Modelo de implementación de la telemedicina (“Sombrero” de la telemedicina)	24
Figura 7. Pirámide poblacional de Ermitagaña.....	35

1. INTRODUCCIÓN

Humanizar, según el Diccionario de la Real Academia Española (Real Academia Española [RAE], 2020) se trata de “hacer a alguien o algo más humano, familiar y afable”. Corbani et al (2009, citado en Rodríguez y Zamora, 2019) definen la humanización como “la utilización de nuestra humanidad para “cuidar de la humanidad del otro”. Hablar de humanización de la asistencia sanitaria alude a “todas aquellas acciones que hacen más humano al hombre” (Correa Zambrano, 2016, p. 1228). Sin embargo, humanizar la salud no es tarea fácil, ya que implica tratar con todas las dimensiones sociales, desde la cultura, pasando por la política, hasta el desarrollo de la propia organización sanitaria (Bermejo, 1997).

Para Llanes et al. (2018), la atención humanizada se define como “la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia de calidad centrada en el individuo”.

Por el contrario, se consideraría un cuidado deshumanizado el hecho de tratar a los pacientes como “objetos” en vez de “sujetos del Cuidado”, ya que el vínculo es con la persona y no con la enfermedad (Sánchez Baños, 2015).

Jean Watson manifiesta en su “Teoría del cuidado Humanizado” la importancia de rescatar, por parte del personal de enfermería, “el aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación” (Rodríguez y Zamora, 2019).

Otra de las consideradas teóricas de la Enfermería, Hildegard Elizabeth Peplau, en su “Teoría de las Relaciones Interpersonales”, impulsa a trabajar centrándose en la persona desde una visión integral (Rodríguez y Zamora, 2019).

Una de las maneras de llevar las teorías a la práctica es mediante la estipulación de normas, protocolos comunes, los cuales, orienten el camino a seguir.

De esta manera, la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra, habla de la orientación del sistema sanitario hacia una atención personalizada en el paciente, de forma holística e integral, siendo la persona el centro de la atención (Ansa

Erice et al., 2018). Dicha estrategia contempla varias líneas de actuación que inciden especialmente en:

- **Cultura de la Humanización**, en la que se contempla la necesidad de sensibilizar a los profesionales y mejorar sus competencias en la atención centrada en la persona. Del mismo modo, valora las técnicas de comunicación como contenido esencial en la formación.
- **Calidez de Trato**, cuyo objetivo es mejorar la calidez humana, así como “favorecer el acompañamiento” y orientar la organización de una forma más personalizada hacia el paciente. Del mismo modo, da importancia de formarse en comunicación eficaz como habilidad para la comunicación.
- Por último, la Estrategia de Humanización incide en la **información y comunicación**, de forma que considera que mejorar la comunicación y la información proporcionada a los ciudadanos facilita el empoderamiento para la salud. Incrementa la satisfacción con la atención recibida y logra mejorar la participación, por parte de la población, en la toma de decisiones.

Por consiguiente, se puede comprobar cómo la Estrategia de Humanización del Sistema Navarro de Salud considera la comunicación como un aspecto importante.

La comunicación se trata de un proceso activo en el cual un sujeto establece una relación con otro (Brusco, 1999). Como bien dijo Bermejo (1999, p.20) “hablar de humanización es hablar de relación, porque el ser humano es un ser social”.

Según un estudio realizado en Murcia dirigido a los profesionales sanitarios (Pérez Carrión, 2016), la mayoría considera que para la relación clínica es fundamental el proceso de comunicación y la implicación del paciente; así como, la necesidad de reforzar la formación en comunicación ya que mejora las relaciones con el paciente.

Feito (Feito Grande, 2002) relaciona la enfermería con la ética refiriéndose a la misma como una “práctica moral”, puesto que “incorpora una actitud o comportamiento ético basado en una actitud moral: la solidaridad y la preocupación por el bien de los seres

humanos, que se ejerce conforme a unos patrones éticos y por lo que se exige responsabilidad”.

Por ende, según Bermejo (1999, p.19) “humanizar es cuestión de ética” y esta comienza por “la adhesión personal a los valores y el movimiento hacia el otro a partir de los mismos”. Menciona que, los valores son los ideales que motivan y movilizan al ser humano. Así también, alega que éstos, “bien definidos, son más fuertes que el poder y **orientan la tecnología**” (1999, p.24).

El auge de la tecnología, en concreto el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), ha demostrado su utilidad en diversos ámbitos, como en la medicina (Prados Castillejo, 2013).

El desarrollo de la Telemedicina es una de las mayores innovaciones en los servicios de salud; proporciona una mayor accesibilidad al cuidado de la salud, así como una mayor eficiencia organizativa y mejora la calidad asistencial (PAHO, 2016). La Organización Mundial de la Salud (2010), define la Telemedicina o “medicina a distancia” como:

La prestación de servicios de salud, en los casos en que la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan las tecnologías de la información y las comunicaciones para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación; y para la educación continua de los proveedores de servicios de salud, todo ello en aras de la promoción de la salud de las personas y sus comunidades.

En resumidas cuentas, la Telemedicina “es la prestación de servicios médicos a distancia, mediante el uso de las TIC” (De Lima, 2018).

Dentro de la Telemedicina, la Teleconsulta, también denominada consulta remota, hace referencia a la interacción entre el profesional de la salud y el paciente a través de medios electrónicos cuya finalidad es el diagnóstico o asesoramiento terapéutico (OPS, 2020).

En la actualidad, la disminución de la presencialidad de las consultas sanitarias y la realización de consultas no presenciales mediante llamadas telefónicas, debido a la

pandemia, ha sido clave para la determinación del objeto de estudio y propuesta de intervención de este trabajo.

Esta emergencia mundial ha generado una brecha informacional entre el ciudadano y los profesionales debido a las medidas requeridas de aislamiento y protección (Sevilla-Fuente y Hernández-Medel, 2020). Por un lado, se insta a mantener la seguridad de los profesionales de salud como obligación ética y moral durante la situación de pandemia, para poder cuidar a los demás (Ballesteros Sanz et al., 2020). Por otro, sigue habiendo necesidades que requieren ser atendidas y el riesgo de deshumanización de los cuidados permanece vigente.

Por ello, la asistencia telemática o teleconsulta, concretamente la realización de consultas mediante videollamadas, también denominadas videoconsultas, podrían ser una forma de dar solución a estas necesidades.

En caso de ser impuesto el aislamiento de la comunidad, el cierre de fronteras o incluso la disminución de la presencialidad de la atención sanitaria, entre otras, las teleconsultas pueden ofrecer ese cuidado desde la distancia, pudiendo realizar seguimientos a pacientes, revisiones, incluso encargarse de asuntos administrativos (OPS, 2020; Sevilla-Fuente y Hernández-Medel, 2020). Proporcionando, de tal modo, la atención necesaria a la población, reduciendo el riesgo de exposición de los ciudadanos, así como del personal sanitario, siendo un pequeño acercamiento hacia las personas desde la distancia.

2. OBJETIVOS

Objetivo Principal:

Promover la teleconsulta mediante videollamada como método de humanización de la asistencia sanitaria no presencial en el SNS-O.

Objetivos Secundarios:

- Analizar el contexto actual de la Atención Primaria de Salud influenciado por la pandemia.
- Examinar los beneficios e inconvenientes de la asistencia telemática en la Atención Primaria de Salud.
- Considerar los aspectos legales de la Telemedicina.
- Analizar los diferentes modelos de implementación de las teleconsultas en Atención Primaria.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Diseño del trabajo

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión narrativa de la literatura basada en la evidencia científica existente en cuanto al tema en cuestión y relacionada con los objetivos planteados para este trabajo.

Para finalizar, se ha realizado una propuesta de intervención que consiste en la implementación de un modelo de humanización de la consulta no presencial de enfermería, mediante videollamadas, dirigido al seguimiento de personas con cuidados paliativos y sus cuidadores.

3.2. Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se ha efectuado en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cinahl Complete, Dialnet e IBECS. Además, de la utilización de la herramienta de búsqueda de la Biblioteca de la Universidad Pública de Navarra, Sirius.

La búsqueda se ha completado accediendo a diferentes **páginas web oficiales**:

Páginas oficiales:

- Gobierno de España
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
- Boletín Oficial del Estado (BOE)
- Instituto Nacional de Estadística (INE)
- Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra
- Gobierno de Navarra (navarra.es)
- Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO)
- Colegio Oficial de Medicina

Páginas web de sociedades sanitarias:

- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

- Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)
- Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)

Otras:

- Diccionario de la Real Academia Española (RAE).
- Asociación Digital de Salud (ASD)
- Alimarket
- Redacción Médica
- El diario de Córdoba

Finalmente, se utilizó la estrategia bola de nieve, que permitió identificar otros documentos importantes no identificados en la búsqueda principal, entre los cuales se incluye literatura gris. A su vez, se realizaron búsquedas abiertas mediante Google académico. Además, para la realización de la propuesta teórica se amplió la búsqueda al ámbito de los cuidados paliativos.

Las estrategias de búsqueda realizadas se han basado en los términos y palabras clave reflejadas en la siguiente figura:

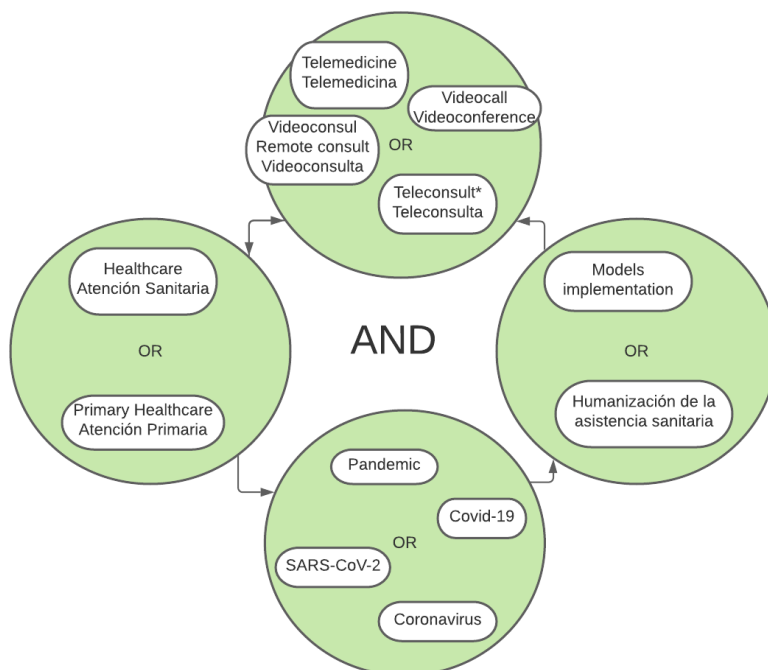


Figura 1. Estrategia principal de búsqueda. Fuente: elaboración propia.

Los **limitadores** empleados han sido los siguientes:

- Texto completo.
- Periodo: 2010-2021. En algunas búsquedas se limitaron los años a 2019-2021.
- Idioma: español, inglés, portugués.

Tras realizar la búsqueda y obtener los resultados, se seleccionaron los documentos en relación con el objeto de estudio para realizar una lectura crítica. Los criterios de inclusión y de exclusión aplicados son los que se muestran en la *tabla 1*.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda. Fuente: elaboración propia.

Criterios de Inclusión:	Criterios de Exclusión:
<ul style="list-style-type: none">- Artículos que reflejen la influencia de la pandemia de Covid-19 en el sistema sanitario.- Artículos que hablen de la Atención Primaria de Salud.- Artículos que reflejen la importancia de la humanización de la asistencia sanitaria.- Artículos centrados en la telemedicina y más concretamente en la realización de videollamadas.	<ul style="list-style-type: none">- Artículos relacionados con la humanización de la lactancia materna o parto.- Artículos centrados en la telefarmacia.- Artículos enfocados en el control diabético, o cirugías

3.3. Diagrama de flujo de la búsqueda

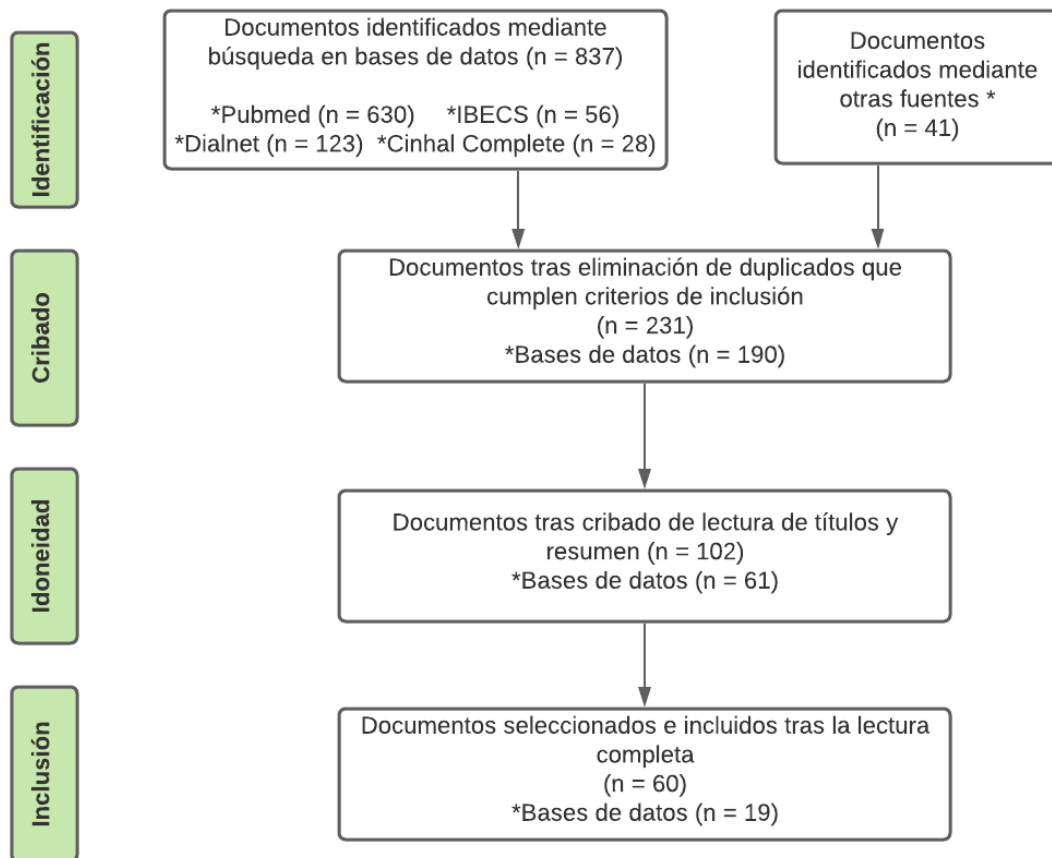


Figura 2. Proceso de selección de artículos: diagrama de flujo PRISMA. Fuente: elaboración propia.

De los 60 documentos seleccionados, los 19 documentos recuperados de bases de datos han sido analizados y reflejados en la tabla de extracción de datos (**ver ANEXO 1**). Entre los datos extraídos se muestran el título, autor/ año, objetivo, contexto/participantes, metodología y resultados.

3.4. Gestión de la bibliografía

Toda la información seleccionada ha sido administrada gracias a la ayuda de la herramienta de gestión bibliográfica “Mendeley”.

Como estilo bibliográfico empleado para la citación y referenciación del trabajo ha sido seleccionado el estilo APA.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis del contexto actual de la Atención Primaria de Salud influenciado por la Pandemia.

Debido a la pandemia de Covid-19, los sistemas sanitarios de todo el mundo se han visto sometidos a una gran presión, amenazando con ser sobrecargados y propiciando su funcionamiento de manera ineficaz (OMS, 2020).

La experiencia demuestra como en situaciones similares anteriores, dicha sobrecarga, aumenta la mortalidad por enfermedades para las que existen tratamientos. Por ejemplo, en 2014-2015, el exceso de fallecimientos por VIH/sida y tuberculosis durante el brote del virus del Ébola (OMS, 2020).

La salud se está viendo afectada no solo por la pandemia, sino por las consecuencias derivadas de ella, además de todas las causas existentes con anterioridad. Los sistemas sanitarios se enfrentan a una población más vulnerable, con secuelas físicas y enfermedades asociadas a estilos de vida poco saludables y psicológicas, derivadas del aumento de la tasa de desempleo y de problemas socioeconómicos graves (García Roldán y Millán Carrasco, 2020).

Todo ello prevé un aumento en la carga de trabajo de Atención Primaria (AP), ya que es sobre ella donde recae todo el peso de la atención sanitaria (García Roldán y Millán Carrasco, 2020; Jonsson y Sigurdsson, 2020).

El papel de la AP ha sido, y es, fundamental durante el desarrollo de la pandemia de Covid-19; evitando la sobrecarga de los hospitales. A fin de cuentas, es la puerta de acceso al Sistema Sanitario. Sin embargo, se enfrenta al riesgo de ser saturada con casos de coronavirus, dejando de lado casos importantes y/o urgentes que atender (Jonsson y Sigurdsson, 2020).

“De nada sirve que se atiendan los síntomas clínicos si no se atiende la causa que provoca el malestar” (García Roldán y Millán Carrasco, 2020).

Para ello, es necesario recuperar la perspectiva holística de la salud, “regresar al Alma Ata”, que nos recuerda que la salud depende de factores sociales y económicos y da importancia a la equidad en el acceso de la atención, la eficacia en la prestación de los servicios y la participación de la comunidad. De este modo, volvería a enfocarse la

atención en el nivel de salud y bienestar de las personas, en vez de tratar con números de pacientes (García Roldán y Millán Carrasco, 2020).

4.1.1. El papel de la Atención Primaria de Salud:

La Declaración de Alma-Ata de 1978 marcó un cambio de paradigma en el enfoque global de la salud. Pasando de ser un enfoque tradicional, hospitalocéntrico y biomédico, centrado en la enfermedad y la resolución de la misma; a enfocarse en las necesidades de salud e inquietudes de la comunidad, desde una perspectiva integral (Ghebreyesus, 2020).

El objetivo de la AP es proporcionar un enfoque holístico, centrado en la salud, en la prevención y el continuum de bienestar, mediante su orientación hacia la promoción de la salud, la protección, la prevención de la enfermedad y la detección precoz (Barkley et al., 2020; Ghebreyesus, 2020).



Figura 3. La orientación de la AP. Fuente: elaboración propia.

La APS es la clave para obtener un sistema de salud fuerte. La evidencia demuestra que su enfoque es la vía más efectiva, equitativa y eficiente para garantizar la salud. Logra alcanzar mejores resultados a menor coste. (Barkley et al., 2020; Minué Lorenzo, 2020)



Figura 4. Los atributos de AP. Fuente: elaboración propia en base a Minué-Lorenzo (2020).

Sin embargo, son sus atributos los que demuestran la importancia que adquiere hoy en día en la sociedad. La accesibilidad, la continuidad de la atención y conocimiento, la integridad de los cuidados y la coordinación entre diferentes profesionales, servicios y dispositivos (Minué Lorenzo, 2020).

En el 2018, la Declaración de Astaná, reconocía el papel fundamental de la Atención Primaria de la Salud para el logro de la cobertura sanitaria universal y los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la salud. Concepto que tuvo que ser reforzado al año siguiente mediante la publicación del informe de “Seguimiento de la Cobertura Sanitaria Universal” (Ghebreyesus, 2020; Rasanathan y Evans, 2020).

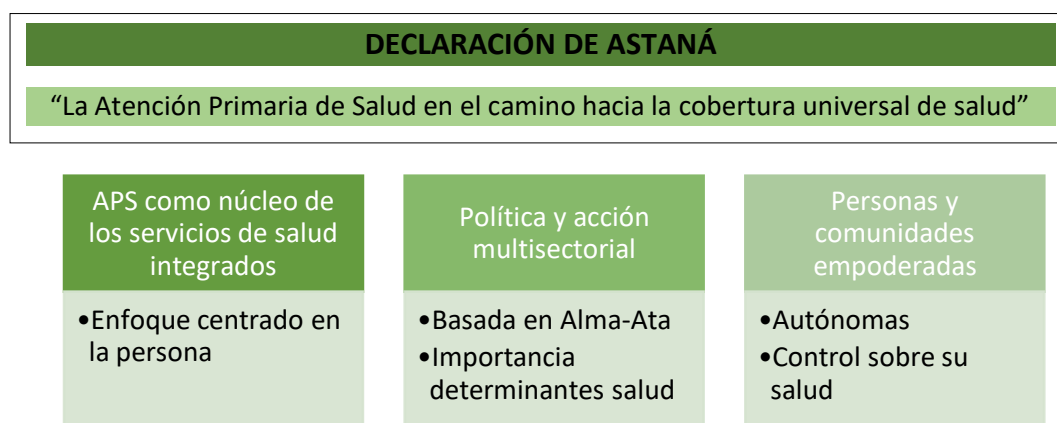


Figura 5. Los pilares fundamentales de la Declaración de Astaná. Fuente: Elaboración propia en base a (Rasanathan y Evans, 2020; Ghebreyesus, 2020).

La pandemia ha destacado la función de la APS en la promoción y protección de la ciudadanía y la necesidad de implicación por parte del gobierno y de toda la sociedad. Así también, ha resaltado la falta de recursos existente debido a una mayor inversión en la atención secundaria y terciaria (Ghebreyesus, 2020).

Su implementación ha ido evolucionando con el tiempo para “abordar los desafíos demográficos y económicos, así como la carga cambiante de enfermedades” (Gavilán Moral, 2020).

Por ello, “el fortalecimiento de la atención primaria de salud nos ayudará a responder a los desafíos futuros”(Ghebreyesus, 2020).

4.1.2. Situación de AP en España:

La pandemia ha generado uno de los mayores costes socioeconómicos y sanitarios en España. La falta de coordinación por parte de administraciones y de indicadores epidemiológicos; el retraso en el diagnóstico y en el rastreo de contactos; así como, la deficiencia de rastreadores, comunicación y sensibilización de la población en el

cumplimiento de las medidas preventivas y la falta de recursos en Atención Primaria, han generado discrepancias ante la gestión sanitaria (Molero-García et al., 2020) (*ver ANEXO 2*). Además, el presupuesto sanitario destinado a la AP ha ido menguando, a pesar de ser considerada uno de los pilares fundamentales del sistema sanitario (De Lima, 2021).

La mayor parte de la carga asistencial generada por la Covid-19 en España ha recaído sobre la Atención Primaria. Llegando a saturarse en algunas comunidades autónomas debido a la falta de recursos humanos y materiales (Molero-García et al., 2020). Entre sus cometidos, destacan la detección de nuevos casos, la realización de seguimientos a pacientes y detección de las posibles complicaciones, sin dejar de lado las funciones llevadas a cabo desde antes de la pandemia.

Sigue habiendo necesidades, más allá de ser positivo en coronavirus o no, que necesitan ser suplidas (Gavilán Moral, 2020).

El aumento de las consultas no presenciales mediante llamadas, así como la declaración de la sanidad en servicios mínimos, ha impulsado a un cambio en la relación con los ciudadanos y en la visión hacia la telemedicina. Del mismo modo, brinda la oportunidad de impulsar la Atención Primaria hacia el liderazgo de todos aquellos temas que tienen relación con la salud comunitaria (Gavilán Moral, 2020)

Por otro lado, dentro de la Atención Primaria de la Salud, la Atención Domiciliaria también se ha visto afectada durante la pandemia, siendo uno de los elementos más importantes a la hora del control y seguimiento de personas en aislamiento por coronavirus (Martínez-Riera y Gras-Nieto, 2021).

4.1.3. Situación de AP en Navarra:

En Navarra, el Departamento de Salud pretende reimpulsar Atención Primaria (AP) para adaptarla a la nueva situación sanitaria y colectiva para recobrar su papel social.

En la Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria de Navarra 2019-2022 (Gerencia de Atención Primaria, 2019), se manifiesta la necesidad de reforzar la AP, redefinir su papel, recuperar su rol comunitario para disminuir las diferencias en salud y adaptar el ejemplo territorial. A su vez, Navarra aspira a la mejora de las infraestructuras y

profesionalización de los Centros de Salud de AP mediante una mayor accesibilidad al acceso a internet, así como, facilitar ordenadores portátiles y tabletas con conexión a la Historia Clínica Informatizada, favoreciendo así la atención realizada a distancia (Gobierno de Navarra, 2021).

4.1.4 Reorientación de la Atención Primaria de Salud a raíz de la pandemia por Covid-19

Las recomendaciones por parte del Ministerio de Sanidad (Linares et al., 2020) de implementar estrategias que disminuyan el aforo de pacientes en los centros de salud y aumentar el espacio tanto físico como temporal, así como potenciar las consultas telefónicas y telemáticas, y las medidas de distanciamiento social, han agilizado la instauración de la telemedicina.

La tecnología ofrece la solución para tratar las necesidades de los pacientes con Covid-19 y del resto de personas que necesitan atención médica, disminuyendo el riesgo de exposición al virus, protegiendo al mismo tiempo al ciudadano como al personal sanitario (Monaghesh y Hajizadeh, 2020). No obstante, es necesario que ese cuidado no presencial sea acompañado con la asistencia al centro o al domicilio, en aquellos casos es los que, por razones diagnósticas, terapéuticas, de cuidado o de acompañamiento, se precise un contacto personal (Minué Lorenzo, 2020).

La evidencia de la eficacia y aceptación por parte de los ciudadanos y del gobierno, de la telemedicina, hace que sea el momento propicio para su implementación en la asistencia sanitaria. No obstante, que permanezca como elemento importante en la prestación de servicios dependerá de su utilidad a largo plazo y de su legitimidad (Bidmead y Marshall, 2020).

4.2. Barreras y beneficios de la asistencia telemática

Previa a la crisis del Coronavirus, la asistencia telemática permanecía en vías de desarrollo en los sistemas sanitarios. Sin embargo, las barreras existentes superaban a los beneficios siendo complicada su implementación. En la actualidad, gracias a la pandemia, la aceptación por parte de los ciudadanos ha generado una disminución de las barreras aceptando su uso de manera general, a pesar de los problemas potenciales existentes en cuanto a la ciberseguridad y privacidad (Shah et al., 2020).

Entre las limitaciones y beneficios encontrados se muestran los citados en la *tabla 2*:

Tabla 2. Ventajas e Inconvenientes de la asistencia telemática. Fuente: elaboración propia

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Mejora del acceso: <ul style="list-style-type: none"> - Acceso de los pacientes a su médico o enfermera desde cualquier lugar (siempre y cuando tenga conexión) y con mayor disponibilidad de horarios (Colbert et al., 2020). - En caso de disponer dificultades a la hora de asistir al centro de salud presencialmente, bien sea por tener un horario estricto o por vivir lejos, permite acudir a su cita (Colbert et al., 2020). - Reduce el uso de recursos en los centros de salud y amplía el acceso, no solo a los pacientes, sino a sus cuidadores (Monaghesh & Hajizadeh, 2020). <p>En definitiva, favorece el acceso de manera equitativa a los servicios asistenciales (PAHO, 2016).</p>	Limitaciones en el acceso <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad tecnológica (Jiménez-Rodríguez et al., 2020). - Personas mayores, pacientes con discapacidades mentales o con deterioro cognitivo podrían no ser candidatas debido a sus condicionamientos (Colbert et al., 2020; Jiménez-Rodríguez et al., 2020). - Limitación de acceso a Internet (Mahmood et al., 2020). - Ausencia de recursos materiales (videocámaras, Internet) en los centros de salud (Minué Lorenzo, 2020).
Se evitan desplazamientos innecesarios <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes: al no tener que asistir al centro. - Profesionales: no teniendo que acudir a los domicilios. (Jiménez-Rodríguez et al., 2020) - Reduciéndose al mismo tiempo el número de derivaciones, ya que permite la conexión entre atención primaria y el hospital de referencia (PAHO, 2016). 	Falta de capacitación y experiencia tanto de los profesionales como de los pacientes (Bidmead y Marshall, 2020).
Beneficios económicos: <ul style="list-style-type: none"> - Menor gasto: gracias a la disminución de los desplazamientos (sin costo de viaje, menor pérdida de tiempo de trabajo, etc.) (Colbert et al., 2020). 	Limitación en el diagnóstico e identificación de problemas: <ul style="list-style-type: none"> - No auscultación, palpación, percusión. <p>Ej. un dolor abdominal o incluso cambios en la visión podrían no ser valorados de una forma adecuada (Colbert et al., 2020).</p>
Mejora de los servicios de salud <ul style="list-style-type: none"> - Mejora la prestación de servicios de salud, siendo ésta, una herramienta importante en la asistencia, facilitando la “continuidad asistencial y la atención centrada al entorno del paciente” (Monaghesh y Hajizadeh, 2020). - El uso de las TIC en las consultas permite mejorar el seguimiento de pacientes, así como su educación para la 	Imposibilidad de realizar procedimientos o exámenes físicos. (Jiménez-Rodríguez et al., 2020)

salud, logrando así proporcionar una mejor atención integral hacia los ciudadanos (PAHO, 2016).	
Minimiza la exposición <ul style="list-style-type: none"> - Al tratarse de una asistencia remota, disminuye el contacto, disminuyendo a su vez el riesgo de transmisión de enfermedades y propagación de virus de persona a persona (Colbert et al., 2020; Mahmood et al., 2020; Monaghesh y Hajizadeh, 2020). 	Falta de contacto físico entre el profesional y paciente. <ul style="list-style-type: none"> - Tacto = instrumento fundamental para enfermería. Sin embargo, su falta no determina la esencia de la atención de enfermería, aunque se trate de una restricción (Barrett, 2017).
Oportunidad durante el confinamiento <ul style="list-style-type: none"> - Permite a todos aquellos ciudadanos, que requieran atención sanitaria estando en cuarentena, recibir asesoramiento médico en tiempo real (Monaghesh y Hajizadeh, 2020). - Puede ser beneficioso para disminuir el estrés y la ansiedad de una persona con un caso sospechoso de Covid-19 y de sus familiares (Mahmood et al., 2020). 	Limitaciones en la comunicación: <ul style="list-style-type: none"> - Descripción menos precisa. <ul style="list-style-type: none"> o Asistencia no presencial. o Falta de conocimiento. o Diferencia en la perspectiva. o Limitación de la comunicación no verbal. (Colbert et al., 2020).
Consultas eficientes <ul style="list-style-type: none"> - Teniendo beneficios directos sobre el sistema de salud. - Se evitan aglomeraciones. - Ayuda a disminuir las listas y el tiempo de espera. - Pueden ayudar en la resolución de enfermedades comunes, así como emplearse para consultas administrativas. - Ayuda en la disminución de la carga de trabajo del centro de salud. (Jiménez-Rodríguez et al., 2020; PAHO, 2016).	Preocupación por la calidad técnica y clínica , así como por la seguridad, privacidad y responsabilidad (Colbert et al., 2020).
Privacidad del encuentro: <ul style="list-style-type: none"> - Al prescindir de la presencialidad, el encuentro asistencial puede ser más privado. El ciudadano no necesita acudir al centro, ni estar en una sala de espera (Colbert et al., 2020). 	Juicios de valor: <ul style="list-style-type: none"> - Parte de la preocupación de los sanitarios reside en la posibilidad de que los ciudadanos contemplen las videollamadas como una “forma de distanciamiento por parte del profesional de la salud” (Jiménez-Rodríguez et al., 2020). - Temor por parte de los profesionales de que la conexión mediante Internet de la consulta fomente un ambiente de desconfianza hacia los pacientes (Jiménez-Rodríguez et al., 2020). * - Temor a la pérdida del empleo y el cambio en la identidad profesional (Bidmead y Marshall, 2020).
Beneficios para el profesional sanitario: <ul style="list-style-type: none"> - La flexibilidad en los horarios, así como la eficiencia en la reprogramación de citas perdidas o canceladas, son algunos de los beneficios (Colbert et al., 2020). - Mayor alcance a la población, ya que facilita la atención a pacientes fuera de su entorno sin necesidad de desplazarse hasta donde estén (Colbert et al., 2020). - La capacitación de los profesionales puede iniciarse y completarse, del mismo modo, a través del software que se empleará en pacientes (Colbert et al., 2020). - La telemedicina puede ser una herramienta útil para la formación y adquisición de competencias a nivel hospitalario como de atención primaria (PAHO, 2016). 	
<i>*Esta desconfianza hacia el empleo de las TIC podría solventarse mediante la capacitación y puesta en práctica por parte del personal y usuarios, e invirtiendo en el diseño del servicio (Bidmead y Marshall, 2020).</i>	

La conectividad a Internet es un factor clave en la realización de videoconsultas. El acceso es limitado en muchas zonas del mundo (Mahmood et al., 2020). Asimismo, no todos los hogares disponen de los servicios de conexión WIFI o aparatos electrónicos para realizar las videollamadas. No obstante, en España, la utilización de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) ha aumentado. Según los datos obtenidos del año 2020, “el 93’2% de la población de 16 a 74 años ha usado Internet en los tres últimos meses” (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2020) (ver **ANEXO 3**).

Por lo tanto, se puede concluir diciendo que esta tecnología es una **opción atractiva, eficaz y asequible** (Monaghesh y Hajizadeh, 2020).

Sin embargo, para el correcto empleo de los servicios de la telemedicina se requieren ciertas habilidades tecnológicas, socioemocionales y técnicas. Entre las **habilidades tecnológicas** se encuentran el correcto manejo del software, así como de la aplicación que se utilice (Jiménez-Rodríguez et al., 2020). Las **habilidades socioemocionales** hacen referencia a la comunicación efectiva, la empatía y paciencia, así como el lenguaje verbal y no verbal, habilidades para la realización de entrevistas estructuradas, asertividad y resolución de conflictos (Jiménez-Rodríguez et al., 2020). Las **habilidades técnicas**, en cambio, se relacionan con la necesidad de encontrar solución a la falta de contacto físico (Jiménez-Rodríguez et al., 2020).

En aquellos casos donde la población no esté familiarizada con la tecnología debido a la edad, o donde la conexión a internet sea inestable o nula, estaría indicada la utilización de las llamadas telefónicas (Mahmood et al., 2020).

Realizando una comparativa entre las diferentes modalidades de consulta no presencial, mediante videollamada o llamada telefónica, se pueden destacar los aspectos mostrados en la *tabla 3*:

Tabla 3. Comparativa entre modalidades de consulta no presencial. Fuente: elaboración propia.

VIDEO LLAMADA	LLAMADA TELEFÓNICA
Implican mayor tiempo (Rush et al., 2018)	Menor tiempo (Rush et al., 2018)
Ofrece contacto visual. Posibilidad de ver al paciente (Barrett, 2017)	Solo se puede escuchar el audio (Barrett, 2017)
Comunicación más efectiva*: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación no verbal - Examinación limitada (Elawady et al., 2020)	
*Opinión del 70% de los participantes de una encuesta diseñada para evaluar el uso de la consulta telefónica por parte de los profesionales de la salud, evaluando su implementación, desafíos e inconvenientes (Elawady et al., 2020).	

Además, a pesar de tratarse de una imagen de baja calidad, los videos pueden proporcionar información importante sobre el estado de los pacientes. Permitiendo evaluar su aspecto físico, así como, la expresión facial que muestra los sentimientos (Barrett, 2017; Jiménez-Rodríguez et al., 2020).

Por lo tanto, las videollamadas propician, dentro de las consultas no presenciales, el contacto con el paciente, debido a la interacción directa con el mismo (Jiménez-Rodríguez et al., 2020). De igual manera, logran una comunicación centrada en el paciente, lo que, a su vez, puede afianzar la confianza hacia el profesional (Barrett, 2017).

“La tecnología no reemplaza los encuentros cara a cara” (Ritchey et al., 2020). Sin embargo, puede ser una buena alternativa cuando la asistencia presencial se ve afectada, como ha ocurrido durante la pandemia mundial de Covid-19.

La teleconsulta aporta un enfoque innovador de la asistencia sanitaria, que ofrece alternativas tanto en la ejecución del servicio, como en las prestaciones impartidas (Barrett, 2017).

Del mismo modo, la asistencia telemática se trata de una herramienta útil en la redefinición del papel de la enfermería (Barrett, 2017). Así también, puede ser provechosa para la mejora de la atención. Sin embargo, “sólo es un punto de parada en un viaje más largo hacia la comprensión de la mejor manera de usar la tecnología en beneficio de los pacientes” (Barrett, 2017).

4.3. Aspectos legales de la telemedicina

A fin de desarrollar e implementar de manera correcta la telemedicina en los servicios asistenciales, uno de los aspectos fundamentales que se debe considerar es la normativa legal. Haciendo hincapié en la protección de datos, y la privacidad y confidencialidad de estos (PAHO, 2016). Para ello, se debe garantizar el cumplimiento de las siguientes leyes:

Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD) (Unión Europea Parlamento Europeo y Consejo, 2016):

En el artículo 9 trata sobre las categorías especiales de datos personales. Prohíbe el tratamiento de datos que revelen información personal como el origen étnico o racial, las convicciones religiosas, opiniones políticas, y datos sanitarios, genéticos o biométricos que identifiquen a la persona. A excepción de ser empleados para fines médicos, para la prestación de servicios de asistencia o tratamientos o gestión de sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, siempre y cuando los datos sean tratados por un profesional sujeto a la obligación del secreto profesional, “o bajo su responsabilidad, acorde con el Derecho de la Unión o de los Estados miembros o de las normas establecidas por los organismos nacionales competentes” (Art.9.1., 9.2.h, 9.3.).

Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (Granell, 2020).

A pesar de la carencia de regulación específica en España, al emplear un medio de telecomunicaciones y asistencia sanitaria a distancia, el marco regulatorio que se contempla es el siguiente:

Por un lado, la **Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y Comercio Electrónico (LSSI)**. Por otro, en el ámbito de la salud, la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** (Granell, 2020).

En definitiva, según la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, 2016) para garantizar los derechos y responsabilidades de los pacientes cumpliendo con la confidencialidad se deben:

1. Establecer criterios de almacenamiento responsable de los datos y de los diferentes registros electrónicos de forma descentralizada.
2. Delimitar quién tiene autorización al acceso de la información.
3. Fijar diferentes niveles de acceso a la información.
4. Establecer un programa de formación para garantizar el conocimiento de los profesionales.
5. Crear un plan de seguridad para el almacenamiento, transferencia y procesamiento de los datos.
6. Hacer conscientes a los pacientes de sus derechos y responsabilidades.
7. Delimitar las cuestiones de responsabilidad de todos los implicados.
8. Determinar claramente la propiedad de los registros clínicos derivados de la implementación del servicio de telemedicina.
9. Obtener el consentimiento informado de los pacientes que autorice el uso de sus datos clínicos a través del servicio.

4.3.1. Consideraciones deontológicas y bioéticas

En cuanto a las consideraciones deontológicas y bioéticas, el **Código Deontológico Médico** (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [CGCOM], 2011) considera imprescindible el contacto personal y directo entre el médico y el paciente, siendo contrario el uso exclusivo de la medicina mediante consultas únicamente telefónicas, mediante carta, radio, prensa o Internet (**Art.26.3**). Así también, estima aceptable el uso de la telemedicina y la comunicación no presencial, siempre que haya una correcta identificación y se asegure la intimidad, para la realización de revisiones médicas y para ofrecer segundas opiniones (**Art.26.4**) y contempla aceptables los sistemas de orientación a pacientes mediante teleconsulta o empleo de la telemedicina si son usados exclusivamente como ayuda para la toma de decisiones (**Art.26.5.**). Por último, declara la necesidad de aplicación de las reglas de confidencialidad, seguridad y secreto en el uso de la telemedicina (**Art.26.6**).

4.3.2. Intimidad y confidencialidad

Y si en mi práctica médica, o aún fuera de ella, viviese u oyere, con respecto a la vida de otros hombres, algo que jamás deba ser revelado al exterior, me callaré considerando como secreto todo lo de este tipo – Juramento Hipocrático. (CGCOM, 2011)

En cuanto a la **intimidad y confidencialidad**, según el **artículo 2.1.** de la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, “la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica”.

A su vez, el código deontológico considera, en el **Art. 27.1** (CGCOM, 2011), el secreto médico como “uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional”. Además, en el **Art. 27.2.** lo considera como la obligación de mantener la confidencialidad de todo aquello que el paciente haya revelado y lo que haya visto o deducido con relación a la salud e intimidad del paciente.

La divulgación de información personal sin consentimiento puede conllevar efectos negativos en las personas a quienes les afecta (PAHO, 2016), llegando a ser sancionado por el Código Penal (Jefatura del Estado, 2021) con la pena de prisión, multa e incluso pudiendo llegar a la inhabilitación especial para la profesión por dos a seis años (**Art.199.1. y Art.199.2.**).

Otro de los aspectos que se deben considerar en la asistencia sanitaria, sobre todo al realizarse por una vía telemática es la **información y el consentimiento informado**. Siendo el Consentimiento Informado, según el artículo 3 de la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 (Jefatura del Estado, 2018), “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

Según el **Reglamento General de Protección de Datos**, el consentimiento del interesado, en este caso del paciente, es necesario para tratar con sus datos de salud.

Se debe probar su obtención, siendo este necesario con anterioridad a la recogida de datos personales (Granell, 2020). De igual manera, Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 (Jefatura del Estado, 2018) en el **art. 2.2.** manifiesta que se requiere del consentimiento previo de los pacientes o usuarios para la realización de cualquier actuación del ámbito sanitario. A su vez, menciona que éste debe ser recogido por escrito después de haber informado correctamente al usuario.

Mientras que, al realizarse mediante una aplicación, el consentimiento debe recabarse con anterioridad a la descarga, al ofrecer una videollamada como consulta, la información confidencial podría ser grabada y posteriormente ser enviada al email que proporcione el usuario con el fin de preservarla, teniendo el usuario a su disposición toda la información tratada durante la consulta (Granell, 2020).

En cuanto a la información provista al usuario, según Granell (2020) se trata de un aviso legal donde se identifique el profesional sanitario, así como los términos y condiciones de uso de la aplicación o web utilizada, concluyendo con la “información relativa al tratamiento de los datos personales de los pacientes/usuarios”.

4.3.3. Seguridad en la asistencia

El **artículo 27.5.** del código deontológico (CGCOM, 2011) declara que “el médico no puede colaborar en ninguna base de datos sanitarios si no está garantizada la preservación de la confidencialidad de la información depositada en la misma”.

Durante una consulta se intercambia gran cantidad de información personal. Al realizarse mediante una plataforma telemática, existe el riesgo de que esos datos queden almacenados y puedan ser transmitidos. Por ello, es importante comprobar que el proveedor del servicio cuente con las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos y que a su vez asegure la “confidencialidad, integridad, disponibilidad y resiliencia de forma permanente”(Granell, 2020).

A continuación, en la *tabla 4* se muestran, a modo resumen, los aspectos legales de la telemedicina junto con la norma que los regula.

Tabla 4. Resumen de los aspectos legales de la Telemedicina. Fuente: elaboración propia.

Aspectos legales	Norma que lo regula	
Protección de datos	<ul style="list-style-type: none"> - Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD): <ul style="list-style-type: none"> o Art. 9 “Tratamiento de categorías especiales de datos personales”. (Art.9.1.; Art.9.2.h; Art.9.3.) - Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. - Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y Comercio Electrónico (LSSI). (Granell, 2020; Unión Europea Parlamento Europeo y Consejo, 2016)	
Derechos y responsabilidades de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. - Recomendaciones OPS. (Granell, 2020; PAHO, 2016)	
Consideraciones deontológicas y bioéticas	<ul style="list-style-type: none"> - Código deontológico médico Art.26.3; Art.26.4.; Art.26.5; Art.26.6. (CGCOM, 2011)	
	Intimidad y confidencialidad	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 2.1. de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. - Art.27.1. y Art.27.2. Código deontológico médico (secreto profesional) (CGCOM, 2011; Jefatura del Estado, 2018)
		Incumplimiento = sanción <ul style="list-style-type: none"> - Art.199.1 y Art.199.2. de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, Del Código Penal. (Jefatura del Estado, 2021; PAHO, 2016)
	Consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> - Art.3. y Art.2.2. de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. - Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD) (Granell, 2020; Jefatura del Estado, 2018; Unión Europea Parlamento Europeo y Consejo, 2016)
	Seguridad en la asistencia	<ul style="list-style-type: none"> - Ar.27.5. del Código deontológico médico. (CGCOM, 2011)

4.4. Análisis de los diferentes modelos de implementación de las teleconsultas en AP

A la hora de implementar un modelo de innovación tecnológica, la Organización Panamericana de la Salud (2016) presenta un modelo basado en el concepto multidimensional y el complejo de competitividad. Modelo indicado para el diseño y la evaluación de la implementación tecnológica en “las organizaciones, la economía y la sociedad”. Para ello, se debe realizar mediante una perspectiva holística; es decir, contemplando los aspectos personales, sociales, culturales, legales, económicos, organizativos e institucionales.

Multidimensional, debido a las características de la base donde se ejecuta. Se trata de una base compleja e interrelacionada en sus dimensiones (PAHO, 2016).

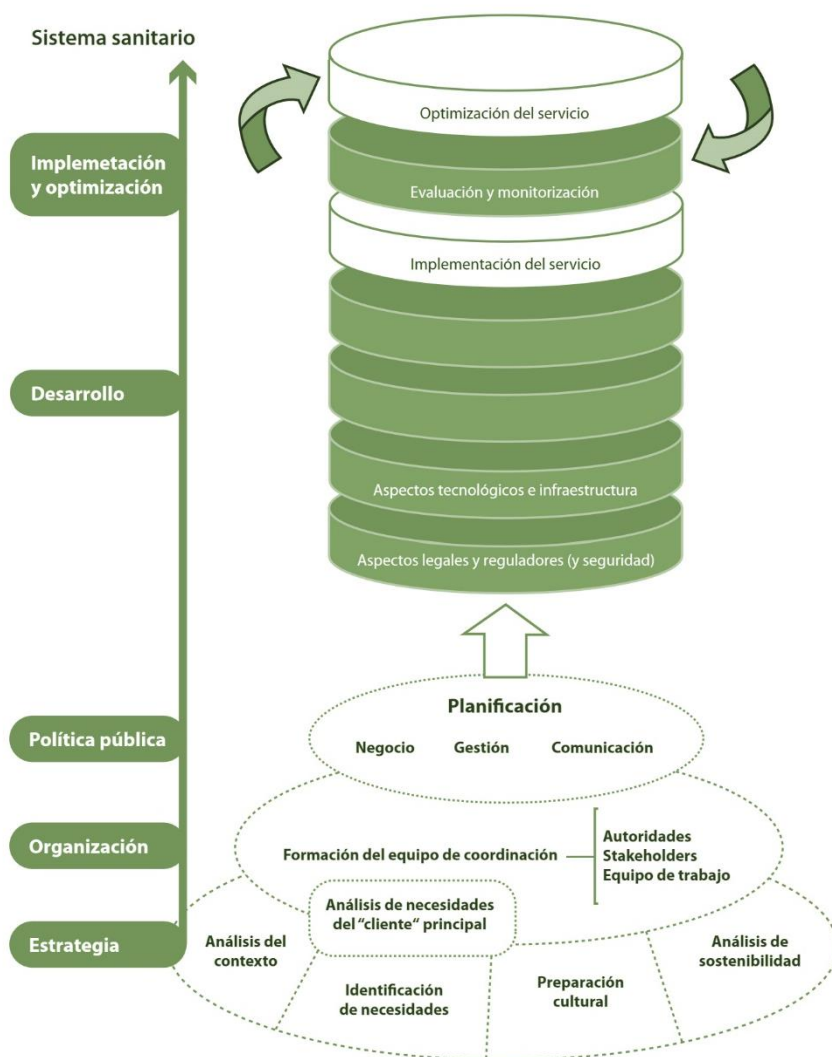


Figura 6. Modelo de implementación de la telemedicina ("Sombrero" de la telemedicina) Fuente: (PAHO,2016).

El complejo de competitividad hace alusión al “conjunto de factores, instituciones y políticas que explican la productividad, la capacidad de mejorar el nivel de renta y bienestar de las personas de una sociedad”(PAHO, 2016); es decir, la sostenibilidad de las organizaciones. Término apropiado para la interpretación de los resultados, además de ser multidimensional.

Un modelo diseñado para valorar la medida de la competitividad se trata del modelo del “sombrero de la competitividad”. Acorde a él, la OPS (2016) lanza el

“Sombrero de la telemedicina” como modelo de instauración de los servicios telemáticos en el ámbito de la salud. Este modelo se establece en las siguientes fases:

1. **Fase de seguimiento, evaluación y optimización:** se presentan los resultados de la implementación. Por ejemplo, número de consultas, derivaciones o pacientes atendidos.
2. **Fase de desarrollo del servicio de telemedicina:** se consideran los factores internos que explican el uso de la telemedicina. Se incluyen los factores legales, de recursos humanos, organizativos, financieros, de tecnología e infraestructuras necesarios.
3. **Círculos concéntricos de la base:**

- a. **Factores básicos vinculados con la política pública:** planificación, gestión y comunicación dentro de los sistemas de salud.

Se analizan las ventajas y desventajas de la telemedicina, así como las necesidades de recursos y modelos organizativos existentes.

- b. **Elementos de la herramienta directamente vinculados a la organización:** equipos de trabajo, formación, estructura organizativa, retribuciones e incentivos y relaciones con los agentes externos inmediatos, etc.

Para ello, se debe conocer la disponibilidad de recursos humanos

- c. **Elementos vinculados a la estrategia de la herramienta tecnológica:** análisis del contexto socio-económico, necesidades de los usuarios, de los aspectos culturales, y de la sostenibilidad del sistema tecnológico y de innovación. Por consiguiente, se necesita conocer la magnitud de los problemas y las necesidades de salud, los recursos existentes, la evolución de la actividad asistencial relacionada con los servicios donde se implantará, descripción de los procesos y flujos asistenciales convencionales (el modelo organizativo existente), y la disponibilidad de infraestructuras y su continuidad.

Para valorar la implementación de un modelo de telemedicina a partir de la evidencia científica se debe tener en cuenta que los resultados de las intervenciones realizadas en otros estudios no son trasladables a otros contextos, ya que intervienen dispositivos y profesionales de características diferentes. Así también, se debe considerar que gran parte de los estudios son realizados en muestras pequeñas, con seguimientos a corto plazo y con escaso control de sesgos (PAHO, 2016).

En definitiva, más que el diseño de los modelos de implementación será la evidencia que se obtenga al estudiar y analizar las transformaciones que surgen a través de la interacción entre la tecnología y la organización, la que define los factores de éxito. Así como, el afrontamiento de los retos del sistema sanitario.

4.4.1. Implementación de sistemas de telemedicina en España

La implementación de la telemedicina en España sigue su curso, realizándose proyectos en las diferentes CCAA de toda España (De Lima, 2018). Así como, en el ámbito privado, donde las aseguradoras y servicios sociosanitarios incluyen entre sus servicios la realización de videoconsultas (De Lera, 2020). En las *tablas 5 y 6* se muestra un breve resumen de algunos de dichos proyectos.

Tabla 5. Implementación de sistemas de teleconsultas en España. Fuente: elaboración propia.

Localidad	Proyecto	Actividad
ARAGÓN	Health Optium (proyecto piloto 2004-2016) (De Lima, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> - Teleconsejo entre Atención Especializada (AE) y AP. - TeleRadiología, TeleLaboratorio - Historia Clínica compartida - Teleconsulta (De Lima, 2018)
CANTABRIA	Teleconsulta por videoconferencia como herramienta de la Historia Clínica Electrónica. (García Blanco, 2020)	Se realizó la integración en la Historia Clínica de AP, obteniendo buenos resultados.
	App para pacientes mediante la plataforma UCaaS RAINBOW de Alcatel. (García Blanco, 2020)	<ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad a la plataforma sin necesidad de utilizar una externa. - Sustitución de consultas presenciales por videoconsultas durante la pandemia, garantizando la seguridad de pacientes y profesionales. (García Blanco, 2020).
CATALUÑA	Plan Estratégico en Sistemas de Información y Tecnologías de la Información (SITIC). (De Lima, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnósticos: TeleECG, TeleOftalmo. - Gestión enfermedades crónicas: TeleDiabetes, Home Sweet Home, PADEPI. - Teleconsultas: TeleICTUS, TelePrisiones, eConsulta.

	Plan Estratégico de Telemedicina y Teleasistencia Médica de Cataluña (De Lima, 2018)	(De Lima, 2018)
NAVARRA	Estrategia de Atención Primaria (Gerencia de Atención Primaria, 2019)	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos: “impulsar la innovación y la autonomía profesional y organizativa” y “aprovechar las oportunidades de las nuevas tecnologías”. - Proyectos que se plantean: tanto el “Plan de mejora de la capacidad resolutoria” como el “Modelo tecnológico y de sistemas de información” contemplan la telemedicina, y el impulso de las videoconferencias. (Gerencia de Atención Primaria, 2019)
	Proyecto piloto centrado en la asistencia mediante videollamadas desde el Servicio de Endocrinología y Nutrición (Gobierno de Navarra, 2020).	- Debido al éxito de la experiencia, se ha ampliado a otros servicios, lo que está promulgando un sistema de atención por videoconsulta, complementario a la atención presencial (Complejo Hospitalario de Navarra [CHN], 2020).

Tabla 6. Implementación de las teleconsultas en el ámbito privado. Fuente: elaboración propia.

Implementación de las teleconsultas en el ámbito privado (De Lera, 2020):		
Aseguradora/Servicio sociosanitario	Proyecto	
ASISA	ASISA LIVE	Los usuarios pueden realizar consultas de cualquier especialidad sin costes añadidos, desde el móvil u ordenador.
	Doctor Virtual	Se tratan dudas sobre la salud, medicamentos, tratamientos y enfermedades, entre otras.
	Portal “Ahora más que nunca, tranquilidad”	Se explican temas relacionados con la Covid-19 y se aportan consejos.
DKV	Ahora toca ayudar	Realización de llamadas para comprobar el estado de los usuarios de mayor edad.
	MédicosfrentealCOVID.org mediante la aplicación “Quiero Cuidarme más”	Servicio de consultas realizadas por chat, creado junto con la SEMFYC y SEMI*
MAPFRE	SAVIA	Servicio mediante el cual los clientes pueden realizar videollamadas sin necesidad de cita previa. Además, de ofrecer un chat de orientación médica.
AEGON	Aegon Telemedicina	Servicio de consulta médica de 24h por chat y videollamada mediante su App.
Ámbito Hospitalario		
HOSPITEN	Sistema de videoconsultas y seguimiento clínico telefónico.	
VITHAS		
SAN JOAN DE DEU	Everis Health , ofrece una cobertura integral a los usuarios, incluyendo el autotriaje y una atención virtual mediante el desarrollo de ehCOS Remote Health .	
SANT PAU		
HOSPITAL BELLVITGE		
<i>*SEMFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.</i>		
<i>SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna.</i>		

Debido a la situación de crisis por la Covid-19, el uso de la telemedicina en los cuidados paliativos con el fin de mejorar la comunicación entre pacientes aislados, sus familias y profesionales, ha sido de gran importancia (Ritchey et al., 2020).

Un claro ejemplo se ofrece desde el Servicio de Cuidados Paliativos de Estados Unidos, donde se han implementado las videollamadas como forma de humanizar y personalizar las visitas. Tras la realización de las videollamadas se ha podido comprobar una mayor conexión y reconocimiento hacia el paciente. Además, las familias valoran gratamente la capacidad de ver y hablar con los pacientes, así como el trato ofrecido (Ritchey et al., 2020).

En España, también se ha contemplado el uso de las videollamadas en cuidados paliativos, en este caso como motivo de asistencia sanitaria. En 2018, desde el hospital Reina Sofía de Córdoba, se desarrolló un programa piloto de videollamadas desde la unidad de Cuidados Paliativos con el fin de dar una atención más cercana, lo que obtuvo la satisfacción tanto de usuarios como profesionales (Alba, 2019).

Tras la realización de estas videoconsultas se puede reseñar que es más gratificante que las consultas telefónicas. Se establecen relaciones más estrechas, es una forma más directa de hablar. Además, se puede valorar el aspecto del paciente, factor importante en la valoración de su estado (Alba, 2019).

Desde el Hospital Reina Sofía, gracias a los buenos resultados obtenidos se pretende ampliar el servicio para poder llegar a todos aquellos que lo deseen (Alba, 2019).

5. DISCUSIÓN

Una atención primaria fuerte es fundamental para abordar los desafíos a los que se enfrenta el sistema sanitario (Barkley et al., 2020; Gavilán Moral, 2020; Ghebreyesus, 2020; Minué Lorenzo, 2020). Esto está siendo demostrado durante el desarrollo de la pandemia de Covid-19, siendo clave para evitar la saturación de los hospitales y en la atención a los ciudadanos.

Por lo tanto, se contempla la necesidad de reforzar la AP. Sin embargo, en España, a pesar de aumentar el presupuesto global sanitario, el dinero destinado a la AP ha disminuido (De Lima, 2021).

La pandemia, debido a las recomendaciones de implementar estrategias que contemplen medidas de protección frente al virus, la declaración de la sanidad en servicios mínimos y al aumento de las consultas no presenciales, ha propiciado un cambio en la atención sanitaria, impulsando la telemedicina (Gavilán Moral, 2020; Linares et al., 2020; Monaghesh y Hajizadeh, 2020).

La tecnología puede ser una herramienta útil en el enfoque de la atención centrada en la persona. En la actualidad, garantiza el cuidado de las personas disminuyendo los riesgos de exposición (Monaghesh y Hajizadeh, 2020). Por lo cual, se debe aprovechar la oportunidad y ventajas que brinda la telemedicina para garantizar una atención mejor; de mayor calidad, más accesible, asequible y dinámica.

Además, gracias a esta crisis, el avance de la tecnología y la aceptación por parte de los ciudadanos, las barreras existentes en cuanto al uso de tecnologías en el ámbito asistencial han disminuido, siendo superadas por los beneficios adquiridos por parte de ellas. Por lo cual, se trata del momento crucial para su implementación en la asistencia sanitaria (Bidmead y Marshall, 2020; Shah et al., 2020).

Son cada vez más las personas que disponen de accesibilidad a Internet desde sus casas (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2020). Aunque sigue habiendo ciudadanos sin acceso. Aún hay población a la que es complicado alcanzar mediante la tecnología (ancianos, personas con discapacidades mentales o con deterioro cognitivo, entre otras) (Colbert et al., 2020; Jiménez-Rodríguez et al., 2020).

Sin embargo, las limitaciones actuales debido al estado de alarma invitan a sopesar en una balanza qué pesa más, si los beneficios adquiridos por parte del uso de las TIC o las barreras e inconvenientes derivados de ellas. Por consiguiente, se debe asumir la opción “menos mala”. Para ello, a pesar de que una cámara no puede sustituir un encuentro presencial, las videollamadas pueden ofrecer la posibilidad de ver al paciente pudiendo valorar así su aspecto físico, tener en cuenta el lenguaje no verbal y mejorar la comunicación (Barrett, 2017; Jiménez-Rodríguez et al., 2020).

La telemedicina, incluyendo las teleconsultas, aporta un enfoque innovador de la asistencia impulsando a la redefinición del papel de enfermería (Barrett, 2017). Enfermería va más allá de realizar curas de heridas físicas y de la administración de medicación. Enfermería tiene un papel muy importante en el cuidado de las personas. Cuidado que puede ofrecerse tanto de forma presencial como desde la distancia. La enfermería se caracteriza por permanecer a pie de cama. Hoy por hoy, a distancia de una llamada.

Para la correcta implementación y utilización de un servicio telemático de asistencia sanitaria se deben tener en cuenta los aspectos legales. A pesar de existir leyes, a nivel europeo, que regulan su utilización, como es el “Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD)”, España carece de regulación específica en cuanto al uso de las TIC en el ámbito sanitario y la asistencia a distancia. Por lo cual, debe regirse por las leyes existentes en cuanto a la información y comercio electrónico, así como las que regulen la autonomía del paciente (Granell, 2020). Sería conveniente de cara al futuro plantear leyes específicas al respecto.

Por otro lado, el código deontológico médico contempla la medicina a distancia, de manera que se trata ética y deontológicamente posible su realización, siempre y cuando se garantice un contacto personal, la intimidad y confidencialidad de las personas, y se tenga en consideración su consentimiento y la información manejada, así como su seguridad (CGCOM, 2011; Granell, 2020; PAHO, 2016).

Para garantizar la seguridad del acto, es importante valorar la plataforma y las condiciones planteadas para la realización de las teleconsultas. No sirve cualquier

plataforma o medio de comunicación. Se debe garantizar la seguridad y protección de datos (Granell, 2020).

Del mismo modo, implementar un modelo de asistencia telemática basado en la evidencia científica es complicado. Es necesario estudiar el contexto en el que se va a implementar la intervención. Así como, la población a la que va dirigido, y sus características, ya que los resultados obtenidos en otros estudios no son trasladables (PAHO, 2016).

El éxito se valorará en función de la evidencia basada en la interacción entre la tecnología y la organización, así como, el afrontamiento de los retos del sistema sanitario (PAHO, 2016).

En Navarra, tanto en la Estrategia de Atención Primaria como en los proyectos planteados se contempla la implementación de la Telemedicina y el desarrollo de las videoconsultas (CHN, 2020; Gerencia de Atención Primaria, 2019; Gobierno de Navarra, 2020).

Por lo tanto, impulsar la realización de videollamadas como consulta no presencial desde las consultas de AP de enfermería dentro del SNS-O sería factible, siendo a su vez un modo de humanizar la asistencia no presencial, proporcionando, hacia la población, un acercamiento desde la distancia.

6. CONCLUSIONES

- La pandemia de Covid-19, ha ejercido una gran presión sobre el sistema sanitario, viéndose obligado a realizar muchos cambios (el aumento de las consultas no presenciales, adaptación de los espacios, etc.). La AP se trata de la puerta de acceso y la clave para garantizar la correcta atención a los ciudadanos y evitar a su vez el colapso y saturación de los hospitales, debido a su gran adaptabilidad a los cambios, sus atributos (accesibilidad, continuidad en la atención y conocimiento, integridad de los cuidados y coordinación entre diferentes dimensiones) y su enfoque holístico centrado en la persona.
- La pandemia ha propiciado el momento oportuno para la implementación de la telemedicina debido a la disminución de las barreras existentes y la aceptación por parte de la sociedad.
- La videoconsulta puede ser una buena alternativa de la asistencia no presencial, ya que ofrece más información que la llamada telefónica, como la comunicación no verbal. A pesar de no ser equiparable a la consulta presencial. Además, proporciona un enfoque innovador de la asistencia sanitaria y favorece la redefinición del papel de la enfermería.
- Es legal y éticamente correcto el empleo de las telecomunicaciones en la asistencia sanitaria, siempre y cuando se cumplan los criterios establecidos en las leyes y en el código deontológico, teniendo en cuenta la intimidad, confidencialidad, consentimiento y seguridad de las personas.
- En España se ha implementado las videoconsultas en diferentes ámbitos y comunidades, mediante diversos proyectos. Entre ellos, la realización de videoconsultas con pacientes en cuidados paliativos.

7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

ConéctaTE

“Un acercamiento desde la distancia”

7.1. Introducción y justificación

Debido a la situación actual de pandemia, la enfermería se ha visto afectada, teniendo que adaptarse a la nueva normalidad, sustituyendo muchas de las consultas presenciales por consultas telefónicas o domiciliarias.

Una profesión basada en el trato y cuidado de las personas; fundamentada en el contacto, se ve influenciada por la pandemia, viéndose obligada a distanciarse y amenazada por la deshumanización de los cuidados.

La realización de videoconsultas se muestra como la pequeña solución a ese distanciamiento. Un acercamiento desde la distancia.

Solución que tanto desde el Plan de Salud de Navarra como desde la Estrategia de Atención Primaria y la Estrategia de “Osasunbidea: caminando por la salud” se contempla, mediante la “evolución digital de profesionales, pacientes y ciudadanía”. Así como el desarrollo de sistemas de información que garanticen el empoderamiento y la comunicación eficaz de la población con el sistema sanitario (Gerencia de Atención Primaria, 2019; SNS-O, 2020). Además, la asistencia sanitaria realizada mediante videollamadas está siendo desarrollada, por el Servicio Navarro de Salud.

Esta propuesta se centra en el seguimiento por parte de enfermería de personas con cuidados paliativos y sus cuidadores principales mediante videoconsultas, en las cuales, aunque no sea equiparable a un encuentro presencial, puede garantizar una conexión significativa (Ritchey et al., 2020).

El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, así como, el envejecimiento de la población, además, del avance en el diagnóstico y mejora de los tratamientos aumenta la supervivencia y calidad de vida, siendo cada vez más las personas que precisan de cuidados paliativos. (Lasanta Sáez et al., 2014; SECPAL, s.f.; SEMERGEN, 2019).

A pesar de que la mejora de la atención de enfermos en fase avanzada y terminal se lleve trabajando desde la década de los 90 por la Sanidad Española (SECPAL), se estima que cada día mueren 180 personas en España sin haber recibido los cuidados paliativos que precisaban (SEMERGEN, 2019).

Asimismo, la alerta sanitaria ha amenazado a estos servicios, viéndose afectada la comunicación y relación entre los pacientes, sus familias y equipos de atención médica, así como el manejo de los síntomas o la determinación de las prioridades de atención y la búsqueda de la comodidad, conexión y dignidad de las personas durante el proceso de muerte (Ritchey et al., 2020). Por lo que, las consultas telemáticas podrían brindar la oportunidad de realizar un seguimiento más adaptado a la situación del paciente. Pudiendo ser la consulta realizada desde la comodidad de su casa, sin necesidad de desplazarse (ni el paciente ni el profesional sanitario), ni de asumir mayor riesgo y exposición frente al virus. Dado que la actividad de los cuidados paliativos radica en asistir a los enfermos en sus domicilios, ya que lo que necesitan es comprensión, respeto y el control de la sintomatología (Alba, 2019).

A su vez, entre las indicaciones para la realización de las videoconsultas, contempladas por el Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial (2021), se incluyen el seguimiento de pacientes crónicos, así como el de pacientes con procesos agudos, la valoración visual de una patología descrita mediante una llamada, y por último, para la valoración de las condiciones sociales y de la vivienda, así como la relación con el cuidador.

Los cuidadores ejercen un papel crucial en el cuidado de los pacientes. Desde enfermería, se les debe tener en consideración y valorar su estado (tanto personal como su relación con el paciente y familiares). A fin de cuentas, son quienes sostienen la mayor carga.

Se puede concluir diciendo que mediante esta intervención se podría mejorar la calidad de la asistencia, pudiendo proporcionar una mayor comodidad al ser atendidos desde sus casas. La necesidad de desplazamiento por parte de los pacientes, así como de las enfermeras se vería reducida. Además, podría optimizarse tanto el tiempo como los recursos, ya que al realizar la videollamada se puede valorar qué materiales llevar para la realización de las curas, supervisar su evolución y valorar al cuidador, entre otras.

7.2. Identificación del grupo diana

La propuesta está dirigida a personas con cuidados paliativos y a sus cuidadores principales.

Para el desarrollo de la intervención ha sido seleccionada la Zona Básica de Salud (ZBS) de Ermitagaña. Se trata de un barrio perteneciente a la ciudad de Pamplona, Navarra, en la que predomina la población de 50 a 70 años.

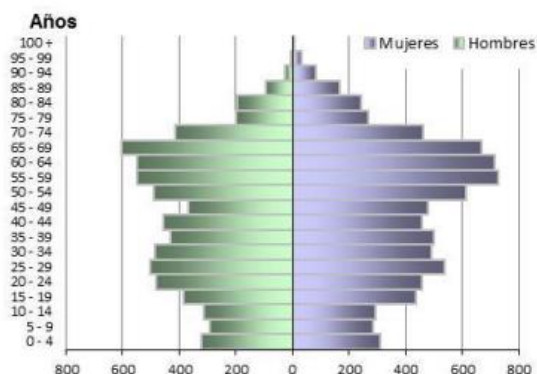


Figura 7. Pirámide poblacional de Ermitagaña. Fuente: Observatorio de Salud de Navarra, 2018.

Además, destaca por ser una de las zonas básicas con menor tasa de riesgo de pobreza severa (5,7%)

y permanece algo mejor que la media navarra, teniendo un bajo índice de jóvenes de 20 a 24 años con estudios primarios como nivel máximo de estudios (Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra, 2018). Todo ello, propicia la implementación de un sistema asistencial basado en la tecnología, ya que dispone de un buen nivel socioeconómico – cultural.

Tabla 7. Comparativa del número de consultas realizadas en el C.S. Ermitagaña, entre 2018 y 2020. Fuente: elaboración propia en base a los datos obtenidos del sistema de información administrativo de Atenea.

Consultas realizadas en el C.S. Ermitagaña		
Año	2018	2020
Enfermería		
Consultas no presenciales	7.168	23.032
Consultas presenciales*	25.448	19.004
Consultas domiciliarias**	2.357	3.207
Medicina		
Consultas no presenciales	24.000	48.571
Consultas presenciales***	43.830	19.459
Consultas domiciliarias**	1.121	928

El Centro de Salud de Ermitagaña, al igual que otros centros de AP, se ha visto afectado por la pandemia, aumentando considerablemente las consultas no presenciales, así como las consultas domiciliarias de enfermería, como se puede apreciar en la *tabla 7*.

*Se incluyen las consultas normales de enfermería, las consultas de día, de educación, de crónicos y urgencias.

**Se incluyen las consultas domiciliarias programadas como urgentes.

***Se incluyen todas las modalidades de consultas presenciales en consulta.

A su vez, según los datos obtenidos del sistema de información administrativo de Atenea¹, en la actualidad, desde el centro se atienden a 19 personas con cuidados paliativos.

7.3. Programación de las actividades de la intervención

7.3.1. Objetivos

- **Objetivo principal:** Implementar un modelo de consulta no presencial de enfermería mediante videollamadas dirigido al seguimiento de personas con cuidados paliativos y sus cuidadores.
- **Objetivos secundarios:**
 - Instruir a los profesionales en el correcto desarrollo de una videoconsulta
 - Propiciar el desarrollo de las consultas telemáticas mediante video.
 - Dotar a los pacientes como a sus cuidadores de las habilidades necesarias para llevar a cabo la realización de la videoconsulta.
 - Reforzar el seguimiento de los pacientes con cuidados paliativos.
 - Realizar una valoración de los cuidadores principales.

7.3.2. Metodología

El diseño de esta propuesta de intervención se trata de la puesta en marcha de un sistema de videoconsultas dirigidas al seguimiento de personas con cuidados paliativos y sus cuidadores desde la consulta de enfermería del Centro de Salud de Ermitagaña.

Para su correcta implementación y desarrollo, se ha tenido en cuenta el modelo “Sombrero de la telemedicina” recomendado por la OPS (PAHO, 2016), así como las estrategias y proyectos existentes en el Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Como son los siguientes:

¹ Los datos reflejados han sido obtenidos a través del sistema informático administrativo de Atenea.

- El programa piloto realizado en base a la Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos (Departamento de Salud de Navarra, 2015).
- Manual de buenas prácticas en videollamadas (Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial. Gerencia Atención Primaria, 2021).
- Implantación de videollamadas para la atención de los pacientes en consulta externa (CHN, 2020).

Al tratarse de una propuesta multidisciplinar, se deben tener en cuenta diferentes ámbitos:

- **Aspectos técnico – administrativos:** Consisten en dotar al sistema de los recursos necesarios para el desarrollo de las videoconsultas, para la citación a los ciudadanos y la correcta documentación de la asistencia. Para ello, es necesario proporcionar ordenadores, tablets o smartphones, así como, el software y plataforma necesarios.

A la hora de realizar la citación se asignará una cita denominada “videollamada”, para su correcta documentación estadística.

A su vez, se considerarán los aspectos legales para la correcta realización de las videoconsultas.

- **Profesionales de la salud:** Se capacitará a los profesionales (en este caso a Enfermería) en telecomunicaciones y la realización de videoconsultas, así como, en aspectos éticos y legales y de confidencialidad.

A su vez, se nombrará a un responsable en el centro que se encargue de supervisar y coordinar la realización de las videollamadas.

- **Ciudadanos:** se expondrá la opción de realizar videoconsultas para el seguimiento de pacientes paliativos y sus cuidadores. Además, se les proporcionará material escrito con las recomendaciones para la realización de la videollamada, así como el consentimiento informado.

Para ello, se realizarán 3 sesiones, organizadas de la siguiente manera:

- 1ª Sesión: centrada en la capacitación de los profesionales

- 2ª Sesión: orientada hacia los ciudadanos, el paciente con cuidados paliativos y su cuidador principal. La sesión será individual, impartida por la enfermera responsable del paciente que previamente habrá participado en la primera sesión.
- 3ª Sesión: consistirá en la realización de una videoconsulta. En ella, participarán todos aquellos los ciudadanos que hayan accedido junto con enfermería.

7.3.3. Estrategias de captación:

Las estrategias empleadas para la captación de la población diana se realizarán mediante:

- o Consulta: Desde las consultas de Atención Primaria, o las consultas domiciliarias, se proporcionará la información necesaria, dando la opción a realizar estas consultas. Se trata de una manera más cercana, teniendo en cuenta de que ya existe una relación terapéutica.

Del mismo modo, a los profesionales de la salud se les informará de la realización de las sesiones mediante un comunicado a través del correo electrónico, así como, mediante la comunicación interna, por parte del responsable del Centro de Salud.

7.3.4. Desarrollo de las sesiones

Tabla 8. Desarrollo de la sesión 1. Fuente: elaboración propia.

Sesión 1: Introducción a las videoconsultas. Un nuevo modelo asistencial
<p>1. Presentación</p> <p>Los responsables de impartir el taller (un experto en telecomunicaciones y un profesional sanitario) se presentarán a los participantes (profesionales de enfermería).</p> <p><i>En este apartado, se empleará la técnica dirigida a las relaciones: Presentación.</i></p> <p>2. Desarrollo de la sesión</p>

Se explicará la organización de la propuesta. La metodología empleada, los objetivos de su realización, así como su duración.

Por último, se informará de la estructura de la primera sesión. De esta forma, se pretende favorecer la comodidad de los usuarios aportando un ambiente de confianza que promueva la participación en la comunicación.

En este apartado, se empleará la técnica dirigida a las relaciones: Acogida.

3. Conocimientos previos

Se identificarán los conocimientos, así como, la experiencia previa de los profesionales de enfermería. Para ello, se realizará una tormenta de ideas basada en las videoconsultas.

En este apartado, se empleará la técnica de investigación en aula: tormenta de ideas.

4. Introducción a las videoconsultas

Se expondrá brevemente las siguientes cuestiones:

- Qué es la videoconsulta
- Aspectos que se deben valorar. La importancia de los aspectos legales.
- El funcionamiento de los controles básicos de la herramienta de videoconferencia propuesta por la organización. Proporcionando las claves para su desarrollo.
- Recomendaciones para los profesionales. Para ello, se hará entrega de material escrito **(M1)**.

En este apartado, se empleará la técnica expositiva: exposición.

5. Ruegos, preguntas y despedida

Se finalizará la sesión dando lugar a la realización de preguntas, aclaración de las posibles dudas que hayan podido surgir.

En este apartado, se empleará la técnica dirigida a las relaciones: Despedida.

Tabla 9. Desarrollo de la sesión 2. Fuente: elaboración propia.

Sesión 2: Enfermería al pie de tu cama
<p>1. Presentación</p> <p>La enfermera responsable se presentará al paciente y/o a su cuidador principal, propiciando un ambiente de confianza y cercanía, basado en la empatía y respeto. En el cual, el paciente pueda expresarse abiertamente, estableciendo así una relación terapéutica.</p> <p><i>En este apartado, se empleará la técnica dirigida a las relaciones: Presentación.</i></p> <p>2. Desarrollo de la sesión</p> <p>Se le explicará tanto al paciente como a su cuidador la finalidad de la realización de videollamadas, que consiste en realizar el seguimiento desde la distancia.</p> <p>De esta manera, se pretende ofrecer comodidad y seguridad al usuario, mediante un ambiente de confianza que promueva la bidireccionalidad de la comunicación.</p> <p><i>En este apartado, se empleará la técnica dirigida a las relaciones: Acogida.</i></p> <p>3. Conocimientos previos</p> <p>Se pretende identificar la opinión y los conocimientos previos del paciente y de su cuidador, sobre el sistema de videoconferencia, así como del funcionamiento de las videollamadas, mediante la realización de preguntas abiertas y escucha activa (M2).</p> <p><i>En este apartado, se empleará la técnica de expresión: preguntas.</i></p> <p>4. Un acercamiento desde la distancia</p> <p>Se entregará un folleto informativo en el que se expliquen los beneficios, así como las recomendaciones de la realización de videoconsultas (M3). Se leerá junto con el paciente y/o cuidador para posteriormente comentarlo. Se explicará aspectos como: cuándo recurrir a la videollamada y quién la puede solicitar. Además, se debe recordar que con la realización de las videoconsultas no se descartan las consultas presenciales; en caso de ser necesario podrían emplearse.</p> <p><i>En este apartado, se empleará la técnica informativa: lectura con discusión.</i></p>

5. Ruegos, preguntas y despedida

Se procederá a la finalización de la sesión dando lugar responder a las posibles dudas surgidas durante la sesión.

Así también, en caso de estar dispuesto, se concretará una cita para la realización de una primera videoconsulta, la cual será la tercera sesión. Se recogerá también su consentimiento informado, donde se especifique su aceptación para realizar la videoconsulta y la posibilidad de ser grabada **(M4)**.

En este apartado, se empleará la técnica dirigida a las relaciones: Despedida.

Tabla 10. Desarrollo de la sesión 3. Fuente: elaboración propia.

Sesión 3: Puesta en marcha

1. Acogida, desarrollo y recogida del consentimiento informado (CI).

Se comenzará la videollamada, teniendo en cuenta las recomendaciones aportadas en sesiones anteriores.

Una vez conectados, se saludará al paciente y/o cuidador y se procederá a la recogida del consentimiento informado (del mismo modo que se realizará en videoconsultas futuras, en caso de ser aceptadas). Se informará de la necesidad de grabar su consentimiento, que se le remitirá al finalizar la videollamada al correo electrónico que haya proporcionado.

A continuación, se dejará un espacio para que pueda expresar sus sentimientos.

En este apartado, se empleará la técnica dirigida a las relaciones: Acogida.

2. Desarrollo de la consulta

Se procederá a la realización de la consulta. En ella, se tendrá en cuenta al paciente, así como al cuidador, proporcionando un trato centrado en ambos, desde la empatía y la escucha activa.

Durante la consulta, se recogerá información sobre el paciente y su condición, así como del cuidador, y del entorno, para ser registrada en la historia clínica de AP

(ATENEA), como se realiza en las consultas normalmente. Además, se cumplimentará la hoja de observación **(C1)** que se empleará para la evaluación de la sesión.

3. Despedida

Se concretará la próxima cita, si se desea continuar.

Tras la finalización de la videollamada, la enfermera deberá documentar en el programa informático los datos y temas tratados al respecto.

En este apartado, se empleará la técnica dirigida a las relaciones: Despedida.

*Además, se enviará un cuestionario de valoración tras la finalización de la consulta que tanto profesionales como usuarios deberán responder **(C2 y C3)**.*

Los documentos asociados a los términos **M1, M2, M3, M4, C1, C2 y C3** se encuentran en el apartado de anexos.

Asimismo, en la *tabla 11* se muestra el programa desarrollado de esta propuesta de intervención a modo resumen, en el que se contemplan las sesiones, junto con sus objetivos, contenidos, técnicas, recursos, agentes de salud implicados, agrupación y el tiempo requerido.

Tabla 11. Esquema del programa de implementación de videoconsultas. Fuente: elaboración propia.

Programa de implementación de videoconsultas							
Sesiones	Objetivos	Contenidos	Técnicas	Recursos	Agentes de salud	Agrupación	Tiempo
1ª Sesión: “Introducción a las videoconsultas. Un nuevo modelo asistencial” Sala de reuniones del C.S.Ermitagaña. 7 septiembre 2021 de 14:00-15:00h	Capacitar a los profesionales para la correcta realización de videoconsultas.	Presentación	Técnica dirigida a las relaciones: presentación		Experto en telecomunicaciones. Profesionales de la salud	En grupo	5'
		Desarrollo de la sesión	Técnica dirigida a las relaciones: acogida				5'
		Conocimientos previos	Técnica de investigación en aula: tormenta de ideas				10'
		Introducción a las videoconsultas	Técnica expositiva: exposición con discurso	Recomendaciones para los profesionales (M1)			30'
		Ruegos, preguntas y despedida	Técnica dirigida a las relaciones: despedida				10'
2ª Sesión: “Enfermería al pie de tu cama”	Dotar a los pacientes como a sus cuidadores de las habilidades necesarias para llevar a cabo la realización de la videoconsulta.	Presentación	Técnica dirigida a las relaciones: presentación		Enfermera/o	Individual	5'
		Desarrollo de la sesión	Técnica dirigida a las relaciones: Acogida				5'
		Conocimientos previos	Técnica de expresión: preguntas	Preguntas abiertas (M2)			5'
		Un acercamiento desde la distancia	Técnica de información: lectura con discusión	Tríptico informativo (M3)			10'
		Ruegos, preguntas y despedida	Técnica dirigida a las relaciones: despedida				5'
3ª Sesión: Puesta en marcha	Propiciar el desarrollo de las consultas telemáticas mediante video. Reforzar el seguimiento de los pacientes con cuidados paliativos. Realizar una valoración de los cuidadores principales.	Acogida, desarrollo y recogida del CI	Técnica dirigida a las relaciones: acogida	Recogida del CI (grabación) Dispositivo para realizar videollamadas	Enfermera/o	Individual	7'
		Desarrollo de la consulta	Empatía, escucha activa Observación, anamnesis, recogida de información	Dispositivo para realizar videollamadas Hoja de observación (C1)			10'
		Despedida	Técnica dirigida a las relaciones: Despedida	Cuestionarios de valoración (C2 y C3) Dispositivo para realizar videollamadas.			3' + 5'

7.3.5. Cronograma

- **Mes de captación:** septiembre.
- **1ª Sesión:** 7 septiembre 2021 de 14:00-15:00h.
- **2ª Sesión:** durante las consultas con los pacientes a lo largo de septiembre.
- **3ª Sesión:** se concretará con los pacientes y sus cuidadores(septiembre/octubre)

7.3.6. Lugar

- **1ª Sesión:** Sala de reuniones del C.S. Ermitagaña.
- **2ª Sesión:** puede ser realizada desde la consulta de enfermería, o en caso de acudir a domicilio, en el domicilio del usuario.
- **3ª Sesión:** El lugar donde se desarrollarán las videoconsultas será desde la consulta de enfermería, mediante la tecnología disponible. Los usuarios podrán realizarla desde sus casas, o desde el lugar en el que se encuentren, siempre y cuando tengan acceso a una conexión de internet.

7.3.7. Agentes de salud y recursos

Para la correcta implementación se deben considerar tanto los aspectos legales (leyes, consentimiento informado, confidencialidad, intimidad, seguridad) como los recursos humanos, organizativos, financieros, tecnológicos y de infraestructura necesarios, entre otros, los contemplados en la *tabla 12*:

Tabla 12. Recursos necesarios para el desarrollo de la propuesta. Fuente: elaboración propia.

Recursos materiales	<ul style="list-style-type: none">- Fungible:<ul style="list-style-type: none">o Infografíao Documento de recomendacioneso Cuestionarios de valoración (para pacientes y cuidadores como para profesionales)- Audiovisual/tecnológico:<ul style="list-style-type: none">o Ordenador, Tablet o Smartphone con cámara para la realización de las videollamadas.o Acceso a Interneto Proyector, pantalla- Infraestructura:<ul style="list-style-type: none">o Sala de reuniones del C.S.Ermitagañao Consulta de enfermeríao Plataforma electrónica, software
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none">- Enfermera de atención primaria- Educadores: profesional sanitario, experto en telecomunicaciones

7.4. Evaluación

La evaluación se desarrollará en los siguientes apartados:

- Estructura:

En este apartado se evaluará la estructura, mediante la observación. La enfermera rellenará una hoja de observación **(C3)** tras realizar la consulta, en la que se especifique si cree que ha sido realizada de manera correcta la consulta o no, así como su utilidad.

- Proceso de desarrollo:

La evaluación del desarrollo será evaluada, por una parte, mediante un cuestionario de valoración y satisfacción del paciente, y por otra, del profesional.

- Resultados

Los resultados serán evaluados mediante el impacto de la realización de las consultas telemáticas sobre el paciente y su cuidador, teniendo en cuenta su satisfacción y valoración, reflejada en un cuestionario.

Se evaluará si los objetivos previstos han sido cumplidos y los resultados obtenidos.

Además, se tendrán en cuenta los indicadores mostrados en la *tabla 13*.

Tabla 13. Indicadores de evaluación. Fuente: Elaboración propia mediante la adaptación de los indicadores contemplados en el programa piloto de la Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos (Departamento de Salud & Gobierno de Navarra, 2015)

Indicadores:	
o	Número de pacientes incluidos en el sistema
o	Número de profesionales que han participado
o	Número de videoconsultas realizadas
o	Porcentaje de los pacientes en los que se ha realizado una videoconsulta
o	Grado de satisfacción de los pacientes con:
-	La información recibida sobre el proceso.
-	La accesibilidad y tiempos de espera
-	La agilidad, continuidad y coordinación de los Servicios.
o	Grado de satisfacción de los profesionales
o	Porcentaje de consultas presenciales
o	Porcentaje de consultas domiciliarias

La evaluación, como muestra la *tabla 14*, se realizará en tres niveles: a corto, medio y largo plazo. A **corto plazo** siendo la evaluación realizada al finalizar la consulta, a **medio**, al cabo de seis meses de su implantación y a **largo plazo**, mediante la evaluación completa realizada al año. A su vez, se realizará una recogida de información donde tanto ciudadanos como profesionales podrán dar su opinión al respecto y aspectos de mejora.

Tabla 14. Resumen de la evaluación. Fuente: elaboración propia.

Resumen de evaluación			
Qué	Cómo	Quién	Cuando
Estructura	- Observación (hoja de observación) (C1)	- Enfermera	- Durante la 3ª sesión
Proceso	- Cuestionarios de valoración (C2 y C3)	- Enfermera - Usuario	- Tras la realización de la videoconsulta
Resultados	- Cuestionarios de valoración (C2 y C3) - Indicadores	- Enfermera - Usuario - Responsable de videoconsultas	- Corto plazo: tras videoconsulta - Medio plazo: a los 6 meses - Largo plazo: al año

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que han hecho posible la realización de este Trabajo Fin de Grado. En especial manera a Pablo, Xabi y mi familia, por vuestro tiempo y apoyo incondicional, sin el cual no habría sido capaz de lograrlo.

Así también, a M^º Esther Ezquerro, directora del trabajo, por su paciencia, disposición y recomendaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Alba, Á. (13 de octubre de 2019). La Unidad de Paliativos del Reina Sofía hará seguimiento a sus pacientes por videollamada. *El Día de Córdoba*. <https://bit.ly/3e8mLz7>
- Ansa Erice, I., Díez Espino, J., Domínguez Cunchillos, F., Elizalde Soto, L., Flamarique Chocarro, B., Hermoso de Mendoza Merino, M., Lasanta Sáez, M. J., Martínez Larrea, A., Moreno Sousa, C., Sanz Asín, O., y Soria Sarnago, M. (2018). *Estrategia De Humanización Del Sistema Sanitario Público De Navarra*. <https://bit.ly/2RG5jsP>
- Ballesteros Sanz, M. Á., Hernández-Tejedor, A., Estella, Á., Jiménez Rivera, J. J., González de Molina Ortiz, F. J., Sandiumenge Camps, A., Vidal Cortés, P., de Haro, C., Aguilar Alonso, E., Bordejé Laguna, L., García Sáez, I., Bodí, M., García Sánchez, M., Párraga Ramírez, M. J., Alcaraz Peñarrocha, R. M., Amézaga Menéndez, R., y Burgueño Laguía, P. (2020). Recomendaciones de «hacer» y «no hacer» en el tratamiento de los pacientes críticos ante la pandemia por coronavirus causante de COVID-19 de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Medicina Intensiva (English Edition)*, 44(6), 371–388. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2020.04.003>
- Barkley, S., Marten, R., Reynolds, T., Kelley, E., Dalil, S., Swaminathan, S., y Ghaffar, A. (2020). Primary health care: realizing the vision. *Bull World Health Organ*, 98(11), 727-727A. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.279943>
- Barrett, D. (2017). Rethinking presence: a grounded theory of nurses and teleconsultation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19–20), 3088–3098. <https://doi.org/10.1111/jocn.13656>
- Bermejo, J. C. (1997). *Humanizar la Salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*. San Pablo.
- Bermejo, J. C. (1999). *Salir de la noche : por una enfermería humanizada*. Sal Terrae.
- Bidmead, E., y Marshall, A. (2020). Covid-19 and the “new normal”: Are remote video consultations here to stay? En *British Medical Bulletin*, 135(1), 16–22. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa025>
- Brusco, A. (1999). *Humanización de la asistencia al enfermo* (Centro de Humanización de la Salud (ed.)). Sal Terrae.
- Colbert, G. B., Venegas-Vera, A. V., y Lerma, E. V. (2020). Utility of telemedicine in the COVID-19 era. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 21(4), 583–587. <https://doi.org/doi:10.31083/j.rcm.2020.04.188>
- Complejo Hospitalario de Navarra [CHN]. (2020). *Implantación de videollamada para la atención de los pacientes*. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [CGCOM]. (2011). *Código de deontología médica. Guía de ética médica*. Organización Médica Colegial [OMC],

<https://bit.ly/33rMegP>

Correa Zambrano, M. L. (2016). *La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado*. *Revista CUIDARTE*, 7(1), 1227–1231. <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359543375011.pdf>

De Lera, R. (2020). La telemedicina, herramienta clave en tiempos de coronavirus. *Noticias de Sanidad En Alimarket, Información Económica Sectorial*. <https://bit.ly/3aRNazh>

De Lima, D. (2018). Informe sobre Transformación Digital en Salud. Compromisos vs realidades. *Asociación Salud Digital*. <https://bit.ly/2Sm0upf>

De Lima, D. (2021). *Informe sobre Transformación Digital en Salud - Actualización 2021*. Asociación Salud Digital. <https://bit.ly/3baRLNd>

Departamento de Salud de Navarra. (2015). Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. *Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea*. <http://www.gencat.cat/dogc>

Elawady, A., Khalil, A., Assaf, O., Toure, S., y Cassidy, C. (2020). Telemedicine during covid-19: A survey of health care professionals' perceptions. En *Monaldi Archives for Chest Disease*, 90(4), 576–581. Page Press Publications. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2020.1528>

Feito Grande, L. (2002). *Ética profesional de la enfermería : filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. PPC.

García Blanco, S. (2020). *Teleconsulta por Videoconferencia en el SCS - SEDISA*. Sociedad Española de Directivos de la Salud. <https://sedisa.net/experiencia/teleconsulta-por-videoconferencia-en-el-scs/>

García Roldán, P., y Millán Carrasco, A. (2020). Crisis por COVID-19 y abordaje integral de la salud | Comprender el COVID-19 desde una perspectiva de salud pública. *Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Familias*. <https://bit.ly/3xZWGE>

Gavilán Moral, E. (2020). *Aspectos sociales de la pandemia y sus efectos sobre la Atención Primaria en España*. Actualización En Medicina de Familia [AMF]. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [SemFYC]. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2623

Gerencia de Atención Primaria. (2019). Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria de Navarra. *Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea*. <https://bit.ly/3txQ1Ue>

Ghebreyesus, T. A. (2020). Strengthening our resolve for primary health care. *Bull World Health Organ*, 98, 726-726A. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.279489>

Gobierno de Navarra. (2020). El Complejo Hospitalario de Navarra inicia un sistema de atención por videoconsulta que posibilita un seguimiento más intensivo de los pacientes. *Navarra.Es*. <https://bit.ly/33t83wA>

- Gobierno de Navarra. (2021). *Salud reimpulsará la Atención Primaria para adecuarla a la nueva realidad sanitaria y social y recuperar su papel comunitario*. Navarra.Es. <https://bit.ly/3bd4Eq1>
- Granell, M. (5 de mayo de 2020). *Telemedicina durante Covid-19: tips legales para el tratamiento de datos personales*. Redacción Médica. <https://bit.ly/2SxMjxb>
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2020). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares / Últimos datos*. INEbase. <https://bit.ly/3vVqFRN>
- Jefatura del Estado. (2018). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado [BOE], 16-05--2003, 274. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Jefatura del Estado. (2021). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. Boletín Oficial del Estado [BOE], 24-05-1996, 281. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>
- Jiménez-Rodríguez, D., García, A., Santillán Robles, J. M., Salvador, M. D. M., Rodríguez Ronda, F. J., y Muñoz Arrogante, O. (2020). Increase in video consultations during the COVID19 pandemic: Healthcare professionals' perceptions about their implementation and adequate management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145112>
- Jonsson, J. S., y Sigurdsson, E. L. (2020). The power of primary health care. En *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(4), 361–362. Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1841507>
- Lasanta Sáez, M. J., Sobejano Tornos, I., Saenz de Pipaón Martínez de Virgala, I., Gorricho Mendivil, J., Mugarra Bidea, I., y Gabilondo Pujol, L. (2014). Plan de Salud de Navarra 2014-2020. *Gobierno de Navarra. Departamento de Salud*. <https://bit.ly/3hdKAHx>
- Linares, M., Santos Larrégola, L., Santo González, A., Arranz Izquierdo, J., Molero, J. M., Jorge Bravo, M. T., Tijero Rodríguez, B., Sáez Martínez, F. J., Pernía Sánchez, A., Chamorro Camazón, J., Salcedo Leal, I., Ortí Lucas, R., Martínez Hernández, J., Fontán Vinagre, G., Gras Nieto, E., Martínez Riera, J. R., Guerra Cuesta, A., Chanca Díaz, A., Fernández Moreno, I., [...] Peña Otero, D. (2020). *Manejo en atención primaria y domiciliaria de COVID-19*. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. [Ficha técnica]. <https://bit.ly/3f4YysL>
- Llanes, G., Bejarano, D., Márquez, L. M., Ponce, C., y Martínez, R. M. (2018). La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. *Revista Enfermería Del Trabajo*, 8(1), 18–26. <https://bit.ly/3tODTP8>
- Mahmood, S., Hasan, K., Carras, M. C., y Labrique, A. (2020). Global preparedness against COVID-19: We must leverage the power of digital health. En *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18980. JMIR Publications Inc. <https://doi.org/10.2196/18980>

- Martínez-Riera, J. R., y Gras-Nieto, E. (2021). Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. *Enfermería Clínica*, 31, S24–S28. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003>
- Minué Lorenzo, S. (2020). *Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca*. Actualización En Medicina de Familia [AMF]. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2626
- Molero-García, J. M., Arranz-Izquierdo, J., y Gutiérrez-Pérez, M. I. (2020). COVID-19 en España, ¿cómo hemos llegado hasta aquí? En *Atencion Primaria*, 52(10), 676–679. Elsevier Doyma. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.10.003>
- Monaghesh, E., y Hajizadeh, A. (2020). The role of telehealth during COVID-19 outbreak: A systematic review based on current evidence. En *BMC Public Health*, 20, 1193. BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09301-4>
- Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra. (2018). Zona Básica de Salud Ermitagaña. *SaludNavarra*. [Conjunto de datos] <https://bit.ly/3evte7x>
- OMS. (2020). La OMS publica directrices para ayudar a los países a mantener los servicios sanitarios esenciales durante la pandemia de COVID-19. *Organización Mundial de La Salud*. <https://bit.ly/3usumya>
- OPS. (2020). Teleconsulta durante una Pandemia. *Departamento de Evidencia e Inteligencia Para La Acción En Salud. Oficina Del Subdirector*. [Hoja informativa]. <https://bit.ly/3uyxLLR>
- PAHO. (2016). Framework for the Implementation of a Telemedicine Service. *Washington, DC*. <https://www.paho.org/en/publications>
- Pérez Carrión, A. (2016). Comunicación y Calidad de Información entre Profesionales Sanitarios y con sus Pacientes [Universidad de Murcia Facultad de Medicina]. En *Proyecto de investigación*: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/50959>
- Prados Castillejo, J. A. (2013). Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Elsevier Doyma, Atencion Primaria*, 45(3), 129–132. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.07.006>
- Rasanathan, K., y Evans, T. G. (2020). Primary health care, the declaration of astana and COVID-19. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(11), 801–808. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.252932>
- Real Academia Española [RAE]. (2020). *Humanizar | Definición*. En *Diccionario de La Lengua Española*. Recuperado 25-03-2021, de <https://dle.rae.es/humanizar>
- Ritchey, K. C., Foy, A., McArdel, E., y Gruenewald, D. A. (2020). Reinventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of Life Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 37(11), 992–997. <https://doi.org/10.1177/1049909120948235>

- Rodriguez, L., y Zamora, R. (2019). Cuidados enfermeros y humanización de la asistencia sanitaria. In *Revista Enfermería CyL* (Vol. 11).
- Rush, K. L., Howlett, L., Munro, A., y Burton, L. (2018). Videoconference compared to telephone in healthcare delivery: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 118, 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.07.007>
- Sánchez Baños, B. (2015). *Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla*. [Tesis doctoral, Universidad de Sevilla] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=48804>
- SECPAL. (s.f.). Guía de Cuidados Paliativos. *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Retrieved April 29, 2021, from <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>
- SEMERGEN. (2019). *41º Congreso Nacional SEMERGEN 2019. ¡Atención Primaria, espacio de Salud!*
- Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial. Gerencia Atención Primaria. (2021). Manual de buenas prácticas en videollamadas. *Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea*. [Ficha técnica]
- Sevilla-Fuente, S., y Hernández-Medel, M. L. (2020). Telemedicina y humanización de la atención médica en la pandemia Covid-19. En *Salud publica de Mexico* , 62(5), 459-461. NLM (Medline). <https://doi.org/10.21149/11540>
- Shah, S., Diwan, S., Kohan, L., Rosenblum, D., Gharibo, C., Soin, A., Sulindro, A., Nguyen, Q., y Provenzano, D. (2020). The Technological Impact of COVID-19 on the Future of Education and Health Care Delivery. *Pain Physician*, 23, S367–S380. <https://www.painphysicianjournal.com/>
- SNS-O. (2020). ANDIA : Aplicación Navarra de Integración Asistencial. *Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea*. [Ficha técnica]
- Unión Europea Parlamento Europeo y Consejo. (2016). *Reglamento (UE) 2016/ 679 del Parlamento Europeo y del Consejo - de 27 de abril de 2016 - relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga*. BOE, 4-5-2016, <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>
- WHO. (2010). Telemedicine. Opportunities and developments in Member States. *Global Observatory for EHealth Series*, 2. <https://bit.ly/33oNql8>

ANEXO 1: RESULTADOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Tabla 15. Resultados de la revisión bibliográfica. Fuente: elaboración propia.

Base de datos	Artículo Autor/año	Objetivo	Contexto/Participantes Metodología	Resultados
Pubmed	<p>"Rethinking presence: A grounded theory of nurses and teleconsultation"</p> <p>Barrett, D.</p> <p>Año: 2017</p>	Desarrollar una teoría que ofrezca una visión basada en la evidencia sobre el uso de la teleconsulta por parte de las enfermeras.	<p>Muestra de enfermeras con experiencia en el uso del vídeo en la atención sanitaria.</p> <p><u>Intervención:</u> 17 entrevistas semiestructuradas para valorar las experiencias, conocimientos y sentimientos en torno a la teleconsulta. Grabadas, transcritas y analizadas tras un análisis manual no lineal de tres fases (codificación abierta, axial, y selectiva).</p>	<p>Las teleconsultas ofrecen un enfoque innovador en la mejora de la asistencia sanitaria. Se muestra el impacto de la teleconsulta en la enfermería, así como recomendaciones para la comunicación por vídeo.</p> <p>Las enfermeras durante la teleconsulta ofrecen una presencia u otra en función de las características específicas de la comunicación mediante vídeo.</p> <p>Usando mecanismos de compensación para la mejora de la atención del paciente en casos en los que el vídeo limita la presencialidad.</p>
	<p>"Global preparedness against COVID-19: We must leverage the power of digital health"</p> <p>Mahmood, S.; Hasan, K.; Carras, M.; Labrique, A.</p> <p>Año: 2020</p>	Impulsar el uso de las herramientas digitales de salud para fortalecer la capacidad del sistema asistencial en respuesta a la pandemia de COVID-19, mediante un llamado a los gobiernos, agencias de salud y proveedores de atención médica.	<p><u>Intervención:</u> varios casos de uso mostrando posibles aplicaciones.</p>	<p>La posible aplicación de la salud digital para el control de infecciones, diagnóstico, detección y control de infecciones a distancia. Así como, el empoderamiento del paciente a través de la información y un mayor control y utilidad de los datos de diversas fuentes.</p>
	<p>"The role of telehealth during COVID-19 outbreak: A systematic review based on current evidence"</p> <p>Monaghesh, E.; Hajizadeh, A.</p>	Identificar la labor de los servicios de telemedicina en la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades durante la pandemia de Covid-19.	<p><u>Intervención:</u> Síntesis narrativa sobre los hallazgos encontrados tras una revisión sistemática realizada en 5 bases de datos: PubMed, Scopus, Embase, Web of Science y Science Direct.</p>	<p>De 142 resultados, 8 estudios cumplieron con los criterios, en los que se demostró que la telesalud ayuda a minimizar el riesgo de transmisión de Covid-19.</p> <p>Previene el contacto físico directo, proporciona una continuidad en la atención y reduce la morbilidad y mortalidad por la Covid-19.</p>

	Año: 2020		Extracción de datos y evaluación por pares de la calidad de los estudios basada en la lista de verificación del Programa de Habilidades de Evaluación Crítica (CASP).	
	<p>"Telemedicine during covid-19: A survey of health care professionals' perceptions"</p> <p>Elawady, A.; Khalil, A.; Assaf, O.; Toure, S.; Cassidy, C.</p> <p>Año: 2020</p>	<p>Evaluar el uso de la teleconsulta por parte de los profesionales de la salud, teniendo en cuenta su implementación, así como sus desafíos y barreras.</p>	<p>Profesionales sanitarios de seis fideicomisos Del Reino Unido.</p> <p><u>Intervención:</u> Encuesta orientada a los profesionales de la salud. Realizada a través de SurveyMonkey durante mayo del 2020.</p>	<p>De un total de 114 respuestas, el 84% era de médicos.</p> <p>El 95% no habían recibido una capacitación previa a la realización de consultas remotas.</p> <p>El 64% desconocía las recomendaciones actuales del Consejo Médico General sobre las teleconsultas.</p> <p>El 37% opinaba que la mayor barrera era la imposibilidad de acceder a los registros de los pacientes en la teleconsulta.</p> <p>El 73% sentía que los pacientes entendían su condición médica y las instrucciones dadas por teléfono.</p> <p>El 70% opinaban que las videoconsultas se establecerían como atención a los pacientes.</p>
	<p>"The Technological Impact of COVID-19 on the Future of Education and Health Care Delivery"</p> <p>Shah, S.; Diwan, S.; Kohan, L.; Rosenblum, D.; Gharibo, C.; Soin, A.; Sulindro, A.; Nguyen, Q.; Provenzano, D.</p> <p>Año: 2020</p>	<p>Plantear los cambios en la educación médica, en sus actividades y programas para el sector sanitario.</p>	<p>Comentario basado en la evidencia bibliográfica y experiencias de los autores.</p>	<p>La Covid-19 ha afectado a la educación, limitando las prácticas.</p> <p>Se han introducido intervenciones tecnológicas como las visitas de telemedicina a los pacientes, reuniones virtuales y entrevistas en línea.</p> <p>El auge de los seminarios web y aprendizaje electrónico debido a su practicidad y rentabilidad puede ser importante en la era post-COVID.</p> <p>Cada vez son más las actividades de educación médica continua realizadas virtualmente.</p> <p>La tecnología permite realizar diferentes tipos de reuniones virtualmente incluso ahorrar tiempo.</p> <p>Es posible que en un futuro las reuniones médicas presenciales se complementen con las digitales.</p>

				Las barreras para el uso de la telemedicina se están reduciendo, siendo aceptadas por la población.
	<p>“Reinventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of Life Care”</p> <p>Ritchey, K.; Foy, A.; McArdel, E.; Gruenewald, D.</p> <p>Año: 2020</p>	Identificar si la telemedicina afecta a la intimidad y comunicación, factores clave en los cuidados paliativos de calidad; y la necesidad de innovación en los sistemas.	<p><u>Intervención:</u> enfoque de modelo de negocio para identificar la necesidad de innovación de sistemas en cuidados paliativos y un enfoque de mejora de la calidad para estructurar el proyecto.</p> <p>Descripción de un caso en el que se emplea de manera correcta la telesalud en los cuidados paliativos de un paciente Covid-19 positivo.</p>	<p>Se realizó un protocolo para el uso de tabletas para consultas de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados y visitas familiares. Además, se adquirieron tabletas con el software para realizar las videollamadas. Se formó a profesionales e interesados.</p> <p>Del mismo modo, el caso, ayudó al desarrollo de la infraestructura de telesalud así como a las habilidades necesarias. Por otro lado, la información aportada por parte de la familia ayudó a la adaptación de la asistencia sanitaria hacia el paciente. Del mismo modo, sirve de ayuda para futuras videoconsultas con paliativos y visitas familiares.</p>
	<p>“Covid-19 and the 'new normal': Are remote video consultations here to stay?”</p> <p>Bidmead, E.; Marshall, A.</p> <p>Año: 2020</p>	<p>Analizar el impacto de la telemedicina en el Reino Unido.</p> <p>Valorar si las barreras que antes existían para la realización de video consultas, que temporalmente se han superado, volverán tras superar la Covid-19.</p>	Revisión bibliográfica basada en estudios de casos publicados, editoriales, artículos de noticias y orientación gubernamental centrada en el Reino Unido.	<p>Las videoconsultas están siendo puestas en marcha a nivel mundial.</p> <p>Reino Unido apoya su implementación, sin embargo, aún no se conoce su alcance.</p> <p>La eficacia y aceptabilidad de la telemedicina hace que sea el momento ideal para el desarrollo de la telemedicina.</p>
	<p>“Utility of telemedicine in the COVID-19 era”</p> <p>Colbert, G.; Venegas-Vera, A.V.; Lerma, E.</p> <p>Año: 2020</p>	Mostrar la utilidad de la telemedicina en la era de Covid-19	Revisión bibliográfica sobre la telemedicina. Su uso en diferentes ámbitos, beneficios y limitaciones.	<p>Es el momento oportuno para el desarrollo de la telemedicina.</p> <p>Gracias a su avance y mejora se logrará acercar al cuidado excelente de los pacientes.</p>
	<p>“Increase in video consultations during the COVID19 pandemic: Healthcare</p>	Investigar la impresión de los profesionales sanitarios españoles sobre la implementación de las videoconsultas.	<u>Intervención:</u> estudio observacional descriptivo utilizando una metodología cualitativa.	El 96,2% de los encuestados consideraron adecuada la videoconsulta como asistencia sanitaria, indicando, en su mayoría, que los

	<p>professionals' perceptions about their implementation and adequate management"</p> <p>Jiménez-Rodríguez, D.; García, A.; Santillán Robles, J.; Montoro Salvador, M.; Rodríguez Ronda, F.; Muñoz Arrogante, O.</p> <p>Año: 2020</p>		<p>Dirigido a profesionales sanitarios, con experiencia en videoconsultas y sin ella, en activo del sistema sanitario público español.</p> <p>Estudio realizado entre el 2 de abril de 2020 y el 25 de mayo de 2020, a 53 profesionales de la salud.</p>	<p>pacientes crónicos serían los mayores beneficiados.</p> <p>La mayoría de los profesionales carecían de experiencia previa en teleconsultas.</p> <p>El 90,6% de los profesionales manifestó la necesidad de formación en videoconsultas.</p>
	<p>"Videoconference compared to telephone in healthcare delivery: A systematic review"</p> <p>Rush, K.; Howlett, L.; Munro, A.; Burton, L.</p> <p>Año: 2018</p>	<p>Comparar la efectividad de la videoconferencia frente a la telefónica en la prestación de servicios de salud mediante una revisión.</p>	<p><u>Intervención:</u> Revisión bibliográfica realizada con las palabras "telesalud, videoconferencia y teléfono" en 3 bases de datos: EMBASE, CINAHL, PUBMED</p> <p>Seleccionando 8 estudios de los 150 registros publicados entre 2000 y 2018.</p>	<p>Tras la comparación realizada tanto en adultos y niños, como en diferentes contextos, la videoconferencia fue mejor o igual a la llamada en la reducción de la utilización de servicios de atención médica. Sin embargo, los costos fueron muy variables entre los estudios.</p> <p>Las videoconsultas implicaban mayor tiempo que las telefónicas.</p> <p>Mediante la videoconsulta se obtuvieron menos errores de medicación, así como una mayor precisión en el diagnóstico y toma de decisiones.</p>
Dialnet	<p>"Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización - deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla"</p> <p>Sánchez Baños, B.</p>	<p>Analizar las creencias y opinión de las enfermeras/os sobre el fenómeno humanización/deshumanización en la asistencia sanitaria.</p>	<p>Enfermeras/os de diferentes hospitales y centros de Atención Primaria del Área Sur Sanitaria de la provincia de Sevilla.</p> <p><u>Intervención:</u> Estudio de campo</p> <p>Realizado entre junio de 2014 y enero de 2015.</p>	<p>Las enfermeras/os manifiestan percibir la deshumanización sanitaria.</p> <p>Opinan que se realiza un Cuidado Integral y no fragmentado.</p> <p>Refieren que el sistema sanitario se basa en aspectos económicos, sociales o políticos, sin contemplar entre sus objetivos el trato humanizado. Consideran que la burocracia motiva el trato deshumanizado, sobre todo en Atención Especializada.</p>

	Año: 2015			<p>Los problemas interprofesionales influyen en el trato humanizado, y en la tendencia a padecer síndrome de Burnout.</p> <p>Mayoritariamente no consideran al paciente como un problema, aunque se observan diferencias entre la percepción de los enfermeros de AP y hospitalaria.</p> <p>La creencia de que ser hombre o mujer afecta a las cuestiones anteriores no se ha visto evidenciada, salvo en el riesgo de padecer síndrome de Burnout.</p>
	<p>“La humanización de la atención de enfermería en salud laboral”</p> <p>Llanes, G; Bejarano, D; Ponce, C</p> <p>Año: 2018</p>	Aclarar la Humanización de la Atención en Salud Laboral mediante la adaptación de los conceptos de humanización de otros servicios sanitarios a la Enfermería del Trabajo.	Revisión bibliográfica en base a la evidencia existente, con un total de 13 artículos seleccionados.	<p>Para la humanización es imprescindible el compromiso por parte de las organizaciones o instituciones y del trabajador. Así como su formación.</p> <p>Se plantea el Decálogo de la Humanización en Salud Laboral.</p>
IBECS	<p>“Atención domiciliaria y Covid-19. Antes, durante y después del estado de alarma”</p> <p>Martínez-Riera, J.R; Gras-Nieto, E.</p> <p>Año: 2020</p>	Mostrar el estado de la Atención Domiciliaria antes y durante la pandemia.	Narrativa en base a la búsqueda bibliográfica de la situación de la Atención Domiciliaria	<p>La atención domiciliaria se ha visto afectada por la Covid-19, a pesar de ser clave en el control y seguimiento de personas infectadas y sus familias.</p> <p>Se podría adaptar a la pandemia mediante la utilización de herramientas de salud digital como las teleconsultas (telefónicas o por video).</p>
	<p>“COVID-19 en España, ¿cómo hemos llegado hasta aquí?”</p> <p>Molero-García, J.M.; Arranz-Izquierdo, J.; Gutiérrez-Pérez, M.I.</p> <p>Año: 2020</p>	Mostrar el impacto de la pandemia en España.	Narrativa del impacto del Covid-19 en España, sobre la salud y gestión sanitaria.	<p>España se encuentra entre los países con mayores tasas de mortalidad y morbilidad.</p> <p>La pandemia ha afectado a nivel sanitario como en la gestión de la misma.</p> <p>Se destaca la falta de criterios para cribados, la falta de recursos materiales y humanos, descoordinación entre administraciones, retraso en los diagnósticos y el fracaso en la comunicación y sensibilización de la población.</p>

				Para potenciar y fortalecer la AP durante la pandemia, se necesitan medidas inmediatas dadas por diferentes servicios de salud.
CINAHL Complete	<p>"The power of primary health care"</p> <p>Jonsson, J.S.; Steinar Sigurdsson, E.L.</p> <p>Año: 2020</p>	Mostrar la importancia de la AP durante la pandemia	Narrativa de la literatura existente sobre la AP y el impacto de la pandemia	<p>La AP ha demostrado su capacidad de superación ante los desafíos que surgen.</p> <p>Ha sufrido cambios en la forma de comunicación con los pacientes durante la pandemia.</p> <p>Siendo el teléfono, la consulta a través de la web y la telemedicina las vías empleadas.</p>
	<p>"Primary health care: realizing the vision"</p> <p>Barkley, S.; Marten, R.; Reynolds, T.; Kelley, E.; Dalil, S.; Swaminathan, S.; Ghaffar, A.</p> <p>Año: 2020</p>	Manifiestar la importancia del papel de AP y examinar su enfoque después de la Declaración de Astaná y el Covid-19.	Narrativa de la literatura existente en cuanto a la importancia de la AP.	<p>Enfocarse en la AP es la forma más equitativa, eficaz y eficiente de mejorar la salud.</p> <p>La AP ha ido evolucionando, adaptándose a los desafíos tanto económicos como sociodemográficos y de enfermedades.</p> <p>Existen brechas en el conocimiento, en la capacidad de investigación</p> <p>La falta de políticas, liderazgo, y financiación agrava a las brechas existentes en algunos entornos en cuanto al conocimiento, investigación y sus soluciones.</p>
	<p>"Strengthening our resolve for primary health care"</p> <p>Ghebreyesus, Tedros Adhanom</p> <p>Año: 2020</p>	Analizar el enfoque de la AP después de la Declaración de Astaná y el Covid-19	Narrativa de la literatura existente sobre la AP, la Declaración de Astaná y la influencia de la pandemia.	<p>Fortalecer la AP ayuda en la respuesta a desafíos futuros.</p> <p>Invertir en AP es invertir en un futuro más justo, sostenible, seguro y saludable.</p>
	<p>"Primary health care, the declaration of astana and COVID-19"</p> <p>Rasanathan, K.; Evans, T.</p> <p>Año: 2020</p>	Evaluar el estado actual de la AP en la era de la Declaración de Astaná, ODS, Cobertura Universal de Salud y Covid-19.	Propuesta de la Declaración de Alma-Ata como palimpsesto de la salud mundial.	<p>La política es fundamental para impulsar la AP.</p> <p>Realizar una prestación de servicios con vínculos claros, apoyar los determinantes sociales, y construir sociedades saludables pueden ser soluciones para una visión política más amplia de la AP.</p>

	<p>“Informe sobre Transformación Digital en Salud. Compromisos vs realidades”</p> <p>de Lima, D.</p> <p>Año: 2018</p>	<p>Estudiar la situación actual de las TIC en España y sus progresos en Salud Digital, para saber el grado de avance de la Transformación Digital en Salud a nivel nacional como autonómico.</p>	<p>Análisis retrospectivo y contraste entre los programas gubernamentales (compromisos) y las políticas y las acciones iniciadas (realidades) en cada una de las comunidades autónomas, durante los últimos 10 años, de salud digital</p>	<p>Quitando las propuestas generales sin compromiso y las que ya estaban anteriormente, apenas existen compromisos electorales sobre Salud Digital en los últimos 10 años, salvo algunas excepciones.</p> <p>No se evidencia un interés real por parte de los políticos en impulsar los sistemas de Salud Digital.</p> <p>Retraso en la implantación de iniciativas que comenzaron hace casi 15 años.</p> <p>La cita por internet está implantada al 100%. La receta electrónica permanece interoperable por España, excepto en Madrid y ciudades gestionadas por INGESA.</p> <p>La Historia Clínica Digital se utiliza en toda España salvo en Cataluña.</p> <p>Existen diferentes proyectos de telemedicina en España.</p>
ASD	<p>“Informe sobre Transformación Digital en Salud - Actualización 2021”</p> <p>De Lima, D.</p> <p>Año: 2021</p>	<p>Actualizar la información aportada en el informe anterior sobre los progresos de Salud Digital y la situación sanitaria actual.</p>	<p>Actualización del análisis retrospectivo realizado en el informe anterior.</p> <p>Mostrando los datos de los indicadores de situación del SNS, un análisis del SNS y breve descripción del impacto de la Covid-19.</p>	<p>Se ha completado el mapa de los indicadores de situación de la implantación de la Salud Digital en el SNS. Además, se han puesto en marcha servicios especiales (redes de comunicación...).</p> <p>El porcentaje de población cubierta por la prestación de la Historia Clínica Digital ha bajado.</p> <p>El presupuesto global sanitario en España ha ido creciendo, sin embargo, el gasto en AP ha disminuido.</p> <p>Se debe invertir en Salud y en I+D+i, y apostar por la telemedicina y Salud Digital.</p>
PAHO	<p>“Framework for the Implementation of a Telemedicine Service”</p> <p>PAHO</p> <p>Año: 2016</p>	<p>Proponer un marco de implementación de un servicio de telemedicina que aporte soluciones a su correcto desarrollo en el entorno sanitario.</p>	<p>Revisión narrativa de la literatura para la identificación de teorías, modelos y marcos utilizados en la implementación.</p>	<p>Se muestran dificultades en la implementación de la telemedicina en las organizaciones sanitarias.</p> <p>Propuesta del modelo “Sombrero de la telemedicina” como base.</p>

ANEXO 2: AMENAZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA LA GESTIÓN SANITARIA

Fuente: Tablas sobre amenazas y oportunidades de mejora para la gestión sanitaria de la COVID-19 (Molero-García et al., 2020).

FALLOS	PROPUESTAS
GESTIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Descoordinación entre administraciones sanitarias (CC.AA y Ministerio de Sanidad) con comunicaciones y actuaciones contradictorias y discrepancias políticas en la gestión de la pandemia. • Precipitación en algunas CC.AA en el proceso de desconfinamiento con una normalización social rápida. • Desarrollo incompleto del plan de respuesta temprana. • Dificultad para realizar las restricciones de movilidad y reducción de actividad en regiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de modo efectivo entre el Ministerio y de las CC.AA para dar respuesta a la pandemia, atendiendo a criterios científicos sin interferencias políticas. • Marco común para todas las CC.AA de detección y clasificación del nivel de alerta epidemiológica, atendiendo a indicadores epidemiológicos y de actividad asistencial, con establecimiento de medidas de control y de restricción de la movilidad e interacciones sociales, según diferentes niveles de intervención.
ORGANIZACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Descrédito del sistema de notificación y registros de los datos epidemiológicos de la pandemia. • Inexistencia de indicadores claros, consensuados y transparentes para el seguimiento y monitorización de la pandemia. • Medidas con baja evidencia científica e insuficiente participación de la comunidad científica. • Insuficiente coordinación entre los servicios de Salud Pública y AP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de pautas comunes de actuación en prevención, manejo clínico y estrategias de rastreo de los casos y contactos. • Sistema homogéneo, fiable y ágil de recopilación de datos epidemiológicos de las CC.AA. • Uso de indicadores comunes para el seguimiento y monitorización de la situación epidemiológica. • Adoptar medidas contando con la revisión por paneles de expertos de reconocido prestigio o comités científicos.
PREVENCIÓN Y CONTROL	
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente capacidad de diagnóstico precoz y seguimiento de caso y de los contactos. • Diagnóstico tardío de casos. • Rastreo limitado de casos. • Mala respuesta a los brotes iniciales en temporeros o en actividades sociales (ocio nocturno, eventos familiares). • Incumplimiento de medidas de aislamiento/cuarentena. • Desprotección de las personas vulnerables, especialmente la población mayor, ingresados en residencias en la 1ª primera onda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la Salud Pública y la Vigilancia Epidemiológica. • Aumentar la capacidad de realizar pruebas para el diagnóstico precoz de los infectados. • Rastreo exhaustivo de todos los contactos. • Búsqueda activa de casos sintomáticos en la comunidad en zonas de alta prevalencia. • Facilitar el aislamiento efectivo de todos los casos diagnosticados. • Protección de poblaciones vulnerables. • Asegurar las medidas de protección homologadas a los profesionales.

RECURSOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de AP muy mermado previamente a nivel de recursos humanos y materiales, con una profunda necesidad de cambio. • Sobrecarga de funciones de AP. • Detección y seguimiento de casos, realización de pruebas, rastreo, comunicación de resultados de cribados y brotes. • Servicios de Salud Pública debilitados por recortes previos. • Insuficiente contratación de rastreadores. • Potenciación y refuerzos de los dispositivos hospitalarios (servicios de urgencia y UCI) en detrimento de la inversión en AP. • Elevado número de profesionales sanitarios infectados. • Insuficientes medidas para controlar la vulnerabilidad social que ha facilitado la transmisión y dificultado el seguimiento de las recomendaciones de aislamiento y cuarentena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo inmediato de la AP a nivel de recursos humanos, tecnológicos y adecuación de las infraestructuras. • Creación de dispositivos para la toma de muestras y comunicación de resultados centralizados ajenos a los centros de salud (CS) sin implicar a profesionales sanitarios de AP. • Reforzar la actividad de los CS con otros profesionales sanitarios (diferente de médicos y enfermeros). • Equipo de rastreadores suficientes e integrados o coordinados con los CS, en número suficiente para que el rastreo sea efectivo y exhaustivo. • Aumentar la capacidad de realizar mayor número de pruebas diagnósticas. • Facilitar el aislamiento de casos positivos o de la cuarentena mediante medidas de apoyo socioeconómico (hoteles o residencias medicalizadas).
POBLACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Características sociales de la población española: relaciones sociales intensas, intergeneracionales con mucha movilidad. • Alto grado de vulnerabilidad por la elevada esperanza de vida. • Excesiva relajación en verano de las medidas y conductas de protección social y permisividad de las interacciones sociales. • Bajo nivel de concienciación en grupos poblacionales más jóvenes. • Insuficientes campañas de información y sensibilización para la responsabilidad individual de la población. Se ha transmitido una falsa sensación de seguridad a la población tras la pandemia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas institucionales para educar e involucrar y empoderar a todos los miembros de la sociedad, especialmente los más vulnerables y, para que participen en la respuesta a la pandemia. • Campaña de información y sensibilización a la población especialmente a grupos sociales más resistentes como jóvenes para promover la concienciación social. • Mantener políticas seguras para el distanciamiento físico y el uso de mascarillas.

ANEXO 3: USO DE LAS TIC EN HOGARES

Equipamiento y uso de TIC en los hogares - Año 2020

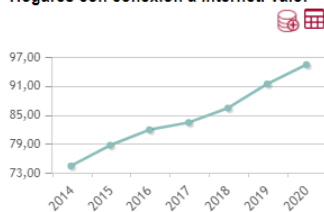
	Valor	Variación
Hogares con conexión a internet	¹ 95,4	4,0
Hogares con conexión de banda ancha	¹ 95,3	4,1
Personas que han usado Internet (últimos 3 meses)	² 93,2	2,5
Usuarios frecuentes de Internet (al menos una vez por semana en los últimos 3 meses)	² 91,3	3,6
Personas que han comprado por Internet (últimos 3 meses)	² 53,8	6,9

Valor en porcentaje. Variación: diferencia respecto a la tasa del año anterior

1. Hogares con al menos un miembro de 16 a 74 años de edad

2. Personas de 16 a 74 años de edad

Hogares con conexión a internet. Valor



Últimos datos

Año 2020 Publicado: 16/11/2020

Acceso directo a ...

Nota de prensa

Calendario de difusión

Fuente: Datos estadísticos sobre el equipamiento y uso de TIC en hogares del año 2020 sacados del INE (2020)

ANEXO 4: RECOMENDACIONES PARA LOS PROFESIONALES (M1)



RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE UNA VIDEOCALLAMADA DE CALIDAD

- **Previamente:**
 - Seleccionar a los pacientes
 - Capacitación tecnológica: tanto el profesional como el paciente, o su cuidador, deben contar con la suficiente capacitación tecnológica como para asegurar la correcta realización de la videollamada.
 - Notificación de la cita: es recomendable que el paciente reciba notificación de la modalidad de la cita.
 - Explicación del procedimiento y consentimiento por parte del paciente. Se entregará una hoja informativa al paciente con recomendaciones para que la videoconsulta se realice con éxito.
 - El paciente tiene que dar su consentimiento expreso a esta modalidad de atención, que se anotará en la Historia Clínica (no es necesario consentimiento por escrito). En caso de que la rechace nos aseguraremos de que su proceso se realiza mediante atención presencial.
- **Durante la videollamada:**
 - El lugar desde el cual el profesional realice la videollamada debe ser silencioso y con buena iluminación, y se debe asegurar la intimidad y la protección de los datos del paciente. Asimismo se debe asegurar que no haya interrupciones en la comunicación, para lo que puede ser necesario colocar un cartel en la puerta que se indique que en el interior se está realizando una videoconsulta.
 - El profesional debe contar con auriculares o altavoz de tal manera que tenga las manos libres para registrar la información en la Historia Clínica del paciente.
 - Colocar el dispositivo en el soporte, bien enfocado al profesional, intentando que los ojos del profesional estén al mismo nivel que los del paciente.
 - Técnicas de comunicación:
 - Al saludar al paciente, el profesional debe presentarse e indicar su nombre completo, su profesión y especialidad, y la institución a la que pertenece. Es recomendable que la tarjeta identificativa quede visible y que el profesional lleve el uniforme/bata del centro.
 - Se debe corroborar la identidad del paciente preguntándole su nombre y dos apellidos y CIPNA o DNI.
 - Cuando haya que consultar la historia clínica o escribir en el ordenador es preciso explicar brevemente qué nos ha hecho desviar la mirada, ya que en una videollamada el contacto visual con el paciente es clave.
 - La limitación del lenguaje corporal hace que el tono de voz, la empatía y hasta los silencios tomen más importancia en esta nueva consulta.
 - El profesional debe evaluar la correcta recepción e interpretación de la información.
 - Es conveniente registrar si el paciente está acompañado, especialmente en el caso de adolescentes, pacientes adultos mayores y personas con discapacidad y contar con su autorización para compartir las indicaciones médicas al acompañante.
 - Se debe anotar en la Historia Clínica del paciente toda la información de la asistencia realizada, al igual que se haría en una consulta presencial.

- Al finalizar la videoconsulta el profesional se asegurará de que el paciente ha entendido las pautas dadas. Puede resultar conveniente, a pesar de no finalizar el proceso, realizar un informe que se envíe al paciente para asegurarnos el correcto entendimiento entre las dos partes.
- En caso de que no sea posible contactar con el paciente, al tercer intento sin contacto se considerará la cita como fallida y se seleccionará como "No acude" en HCI.

JUSTIFICANTE

Se podrá emitir un justificante de la atención realizada:

- Sólo se emitirá a nombre del paciente.
- El profesional preguntará al paciente si él o un acompañante necesita un justificante.
- Anotará en la hoja para Admisión si el paciente necesita justificante.
- Desde Admisión se enviará el justificante al paciente por correo ordinario a la dirección del paciente.

Desde carpeta salud se puede descargar un documento informativo donde aparece la fecha y hora de la consulta, pero no tiene validez legal.

Fuente: Implantación de videollamada para la atención de los pacientes en consulta externa" (Complejo Hospitalario de Navarra [CHN], 2020)

ANEXO 5: PREGUNTAS ABIERTAS (M2)

Fuente: elaboración propia

PREGUNTAS SOBRE LAS VIDEOCONSULTAS

1. ¿Qué es una videoconsulta?
2. ¿Qué opina sobre las videoconsultas?
3. ¿Dispone de algún dispositivo para la realización de videollamadas? ¿Cuál?
4. ¿Le gustaría realizar videoconsultas como asistencia complementaria a la consulta presencial?
5. ¿Qué prefiere, una llamada telefónica o una videollamada?

ANEXO 6: TRÍPTICO (M3)

Fuente: elaboración propia en base a las recomendaciones dadas en “Implantación de videollamada para la atención de los pacientes en consulta externa” (CHN, 2020)



ANEXO 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO (M4)

Fuente: elaboración propia.

Realización de videoconsultas para el seguimiento de pacientes en cuidados paliativos y sus cuidadores.



Consentimiento Informado

1. He sido correctamente informado sobre la realización de las videoconsultas, junto con sus beneficios e inconvenientes. Así como, de las recomendaciones para su realización.
2. Además, he tenido la oportunidad de realizar preguntas y ser respondidas de manera adecuada.
3. Se asegura la confidencialidad de mis datos.
4. Doy mi consentimiento de manera voluntaria, sabiendo que puedo abstenerme en cualquier momento sin tener ningún efecto negativo sobre mi seguimiento.

Rellene con una "X" la casilla en caso de ser afirmativo.

☐ Doy mi consentimiento para la realización de videoconsultas.

☐ Acepto la grabación de la consulta*.

*La información será remitida al siguiente correo electrónico:

Firmo por duplicado, quedándome con una copia.

Fecha:


Firma del usuario

ANEXO 8: HOJA DE OBSERVACIÓN (C1)

Fuente: elaboración propia

FICHA DE OBSERVACIÓN DE LA VIDEOCONSULTA						
Paciente:						
Enfermera/o:						
Fecha:						
1: muy mal; 2: mal; 3: regular; 4: bien; 5: excelente	Puntuación					Observaciones
	1	2	3	4	5	
1. El paciente y/o cuidador acude a la hora citada.						
2. Acceso a la videollamada						
3. Desarrollo de la consulta						
4. ¿Se han cumplido las recomendaciones?						
5. ¿Desea continuar con el seguimiento mediante videoconsulta?						
Observaciones:						

ANEXO 9: CUESTIONARIO DE VALORACIÓN (C2). Fuente: elaboración propia



Cuestionario de la videoconsulta

Gracias por participar en la videoconsulta. Esperamos que le haya sido útil.

Nos gustaría conocer su opinión para seguir mejorando la organización y el contenido. Para ello, se ha realizado esta breve encuesta de manera anónima.

***Obligatorio**

Indique su nivel de satisfacción global con la videoconsulta *

	1	2	3	4	5	
Muy bajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy alto

¿Ha tenido dificultades para acceder a la plataforma? *

☐ Sí, el acceso era complicado

☐ No

Puntúe la accesibilidad (1 = muy malo 5 = excelente) *

	1	2	3	4	5
Gestión de citas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acceso a la plataforma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Tiene experiencia previa en la realización de videollamadas? *

☐ Sí, suelo realizar videollamadas.

☐ He realizado alguna.

☐ No, es mi primera vez.

¿Cómo le ha resultado la comunicación durante la videoconsulta? *

☐ Adecuada

☐ Con dificultades tecnológicas (mala conexión a Internet, ruidos, mala iluminación,...)

☐ Excasa

El trato recibido ha sido: *

☐ Frío y distante

☐ Adecuado

☐ Muy bueno

¿Siente que se han cumplido los objetivos de la consulta? *

☐ Sí

☐ No

☐ Otro: _____

¿Volvería a realizar una videoconsulta? *

☐ Sí

☐ No

Observaciones / aspectos de mejora:

Tu respuesta _____

Ha respondido: *

☐ Paciente

☐ Cuidador principal

☐ Otro: _____


Enviar

Link de acceso a la encuesta:

<https://forms.gle/PDq63m9QZYDwcLJk9>

ANEXO 10: CUESTIONARIO DE VALORACIÓN PARA PROFESIONALES (C3).

Fuente: elaboración propia



Cuestionario para profesionales

Gracias por participar en la videoconsulta. Esperamos que haya sido útil.

Nos gustaría conocer tu opinión para seguir mejorando la organización y el contenido. Para ello, se ha realizado esta breve encuesta de manera anónima.

***Obligatorio**

Indica tu nivel de satisfacción global con la videoconsulta *

	1	2	3	4	5	
Muy bajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy alto

Puntúe la accesibilidad *

1= Muy mala 5= Excelente

	1	2	3	4	5	N/D
Gestión de citas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acceso a la plataforma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestión del tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cómo consideras la comunicación durante la videollamada?

☐ Adecuada

☐ Con dificultades tecnológicas (mala conexión a Internet, ruidos, mala iluminación,...)

☐ Excasa

¿Se ha podido realizar una valoración adecuada? *

	1	2	3	4	5	
No mucho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho

¿Crees que se han cumplido los objetivos de la consulta? *

☐ Sí

☐ No

☐ Otro: _____

¿Crees que es útil la videollamada como herramienta para el seguimiento de pacientes con cuidados paliativos y sus cuidadores?

☐ Sí

☐ No

☐ Otro: _____

¿Volverías a realizar una videoconsulta? *

☐ Sí

☐ No

Observaciones / aspectos de mejora:

Tu respuesta _____

Enviar

Link de acceso a la encuesta: <https://forms.gle/qfDH8Kgg9PHprfNR9>

